

Agendamento, tempo de espera, absenteísmo e demanda reprimida na atenção fisioterapêutica ambulatorial

Scheduling, waiting time, absenteeism and repressed demand in outpatient physical therapy care

Andréa Godoy Pereira *

Amanda Medeiros Gomes 

Leila Simone Foerster Mery 

Alessandro Diogo de Carli 

Mara Lisiane de Moraes dos Santos 

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil

Data da primeira submissão: Agosto 17, 2021

Última revisão: Janeiro 10, 2022

Aceito: Fevereiro 7, 2022

Editor associado: Aldo Fontes-Pereira

* **Correspondência:** andreagpfsio004@gmail.com

Resumo

Introdução: O acesso aos serviços de fisioterapia precisa ser em tempo oportuno evitando instalação de incapacidades aos usuários. Analisar as demandas em fisioterapia dá embasamento ao planejamento tanto da gestão de filas quanto de ações preventivas e reorganização dos serviços, direcionando-os às principais necessidades da população. **Objetivo:** Identificar usuários que necessitaram de serviços ambulatoriais de fisioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) em Campo Grande/MS, caracterizar a demanda atendida e reprimida, bem como analisar o absenteísmo e o tempo de espera para o acesso. **Métodos:** Foram utilizados dados secundários do Sistema de Regulação de Vagas e realizadas análises de associação e multivariada, com nível de significância de 5%. **Resultados:** O gênero feminino foi predominante e aumentou ano a ano; o maior número de solicitações foi para alterações motoras do adulto. O tempo de espera médio no período (2017-2019) foi de aproximadamente 2,5 meses. O absenteísmo foi de 34% e aumentou ano a ano. A maioria dos agendamentos e do absenteísmo foi de usuários provenientes da região de maior exclusão social. A maioria dos encaminhamentos da demanda reprimida foi da atenção básica e para o tratamento fisioterapêutico nas alterações motoras do adulto. **Conclusão:** Os resultados evidenciaram tempo excessivo de espera entre a solicitação e o agendamento, altos índices de absenteísmo e demanda reprimida. Esses aspectos atuam sinergicamente como barreiras de acesso ao cuidado fisioterapêutico ambulatorial da rede pública na capital estudada, com impactos negativos importantes na recuperação dos usuários.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária a saúde. Fisioterapia. Reabilitação.

Abstract

Introduction: Access to physiotherapy services needs to be timely, avoiding the establishment of disabilities in users. Analyzing the demands in physiotherapy provides a basis for planning both the management of queues and preventive actions and the reorganization of services, directing them to the main needs of the public. **Objective:** To identify users who needed outpatient physiotherapy services in the Unified Health System (SUS) in Campo Grande/MS and to characterize those cared for and repressed demand, as well as analyzing absenteeism and the waiting time for access. **Methods:** We used secondary data from the Vacancy Regulation System and performed association and multivariate analyses, with a significance level of 5%. **Results:** Females were predominant and their number increased year by year; the largest number of requests was for adult motor disorders. The average waiting time in the period (2017-2019) was approximately 2.5 months. Absenteeism was 34% and increased yearly. Most appointments and absenteeism were from users from the region of greatest social exclusion. Most referrals of repressed demand were for primary care and for physical therapy treatment in adult motor disorders. **Conclusion:** The results showed excessive waiting time between the request and the scheduling, high rates of absenteeism and repressed demand. These aspects act synergistically as barriers to access to outpatient physical therapy care in the public network in the capital city studied, with significant negative impacts on users' recovery.

Keywords: Access to health services. Physical therapy modalities. Primary health care. Rehabilitation.

Introdução

Uma das prioridades de sistemas de saúde de qualidade é o acesso fácil, descomplicado e em tempo oportuno,¹ e o tempo de espera para acesso aos serviços da Atenção Especializada (AE) é uma característica essencial de sistemas de saúde resolutivos.²

Administrar filas de espera em serviços de saúde é um desafio. Metade dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) considera o tempo de espera para procedimentos eletivos um problema relevante,³ e sistemas com formas de organização distintas e predomínio de prestadores

privados, como é o caso da Austrália, Canadá e Nova Zelândia, também têm essa preocupação.⁴ No Brasil, elevados tempos de espera para a marcação de consultas, exames e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵

A oferta de serviços especializados de reabilitação em todo o mundo é insuficiente,⁶ gerando vazios assistenciais que repercutem em tempos prolongados de espera para acessar os serviços. Eliminar ou reduzir o tempo de espera contribui para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários e acesso em tempo oportuno, evitando a instalação de incapacidades físicas prolongadas ou permanentes.

Tais fatores são essenciais tanto para a efetividade do tratamento quanto para não onerar os sistemas de saúde e a previdência social, pois ao não conseguirem acesso à reabilitação no momento certo, os usuários tendem a agravar o quadro e necessitar de períodos maiores de afastamento do trabalho, apresentar mais faltas nas consultas agendadas⁷ e sofrer ansiedade por estarem aguardando pelo tratamento.⁸

Estudos sobre o acesso e a qualidade dos serviços de reabilitação física ainda são pouco explorados. Algumas pesquisas demonstraram tempo de espera elevado⁹ e oferta insuficiente,¹⁰ reafirmando o contexto em que tradicionalmente a reabilitação é tema de baixa prioridade para muitos governos,² o que reflete na escassez de serviços em todo o mundo.⁶

Analisar a demanda em serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública é fundamental no planejamento de ações para a gestão de filas e organização dos serviços. Conhecer o tempo de espera para acessar os serviços e quais procedimentos em fisioterapia são os mais realizados permite reorganizar a oferta direcionada às principais necessidades da população, além de fornecer indicadores para o planejamento de ações preventivas desenvolvidas no âmbito dos distintos serviços da Rede de Atenção à Saúde.¹¹

Nesse contexto, o objetivo da pesquisa foi identificar os usuários que necessitaram de serviços ambulatoriais de fisioterapia em Campo Grande/MS, caracterizar a demanda atendida e a demanda reprimida nos serviços ambulatoriais SUS, bem como analisar o absenteísmo e o tempo de espera para o acesso aos serviços de fisioterapia.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo analítico retrospectivo, realizado a partir da análise de dados secundários provenientes do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande/MS.

Os procedimentos foram agrupados em duas categorias: atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras do adulto e atendimento fisioterapêutico no pré e pós-operatório nas disfunções musculoesqueléticas no adulto. Optou-se por agrupar os procedimentos em duas grandes categorias em função do grande número de patologias definidas por distintos códigos da Classificação Internacional de Doenças dos usuários nos encaminhamentos, o que inviabilizaria uma apresentação em tabelas e uma análise estatística pertinente. Os demais procedimentos, por consistirem em um percentual baixo de encaminhamentos, foram categorizadas como "outros", abrangendo: oftalmologia, neurologia, respiratória, cardiovascular, queimados, oncologia, cuidados paliativos e uroginecologia, tanto adulto quanto infantil, e musculoesqueléticas pediátricas. Nesta análise foram utilizadas variáveis categóricas (origem de encaminhamentos, procedimentos, absenteísmo e local de moradia) e quantitativas (gênero, idade e tempo de espera).

As comparações entre 2017-2019, entre regiões de moradia por região urbana, entre procedimentos e entre origens de encaminhamento foram feitas por meio do teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós-teste de Tukey. Já as comparações entre não absentes e absentes e entre sexos, também em relação às variáveis quantitativas, foram feitas por meio do teste t de Student. A avaliação da associação entre variáveis categóricas analisadas foi feita por meio do teste qui-quadrado, com correção de Bonferroni quando necessário. A avaliação da correlação linear entre a idade dos usuários e o intervalo de tempo entre solicitação até a autorização, entre a solicitação até o agendamento e entre a autorização até o agendamento foi feita por meio do teste de correlação linear de Pearson.¹²

A avaliação multivariada da associação das variáveis avaliadas e o absenteísmo foi feita por meio de cálculo de Odds Ratio ajustado e de seu intervalo de confiança, no teste de regressão logística bivariada, utilizando o método "Enter", sendo que esta análise foi feita de forma separada entre variáveis categóricas e variáveis quantitativas. Os demais resultados foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas.¹² A análise estatística foi feita por meio do

programa estatístico SPSS, versão 24.0, considerando um nível de significância de 5%.

Com base nas coordenadas geográficas dos endereços dos pacientes e dos locais de atendimentos foram calculadas as distâncias entre os pontos, utilizando a ferramenta de análise vetorial "distância para o centro mais próximo". As distâncias foram calculadas separadamente para cada unidade de atendimento. Foram calculadas as médias, intervalo interquartil (25% e 75%), intervalos de confiança (IC) 95% da média, distâncias mínimas e máximas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob parecer nº 3.174.925 (CAAE: 02617418.7.0000.0021).

Resultados

A amostra da população agendada foi de 32.085, sendo 685 excluídos por inconsistência nos dados. A amostra final consistiu em 31.400 usuários agendados para fisioterapia ambulatorial do SUS. De janeiro a dezembro de 2017 foram agendados 13.729 usuários; de janeiro a dezembro de 2018, 16.375 usuários; e de janeiro a fevereiro de 2019, 1.296 usuários.

Em relação à demanda reprimida, a amostra foi de 1.424 usuários no período de janeiro e fevereiro de 2019. Somente essas informações estavam disponíveis no SISREG no momento da extração.

Nos usuários agendados, o gênero feminino foi predominante (59,4%) e aumentou ano a ano (58,8% em 2017; 59,3% em 2018; e 66,4% em 2019), e o maior número de procedimentos realizados foi para alterações motoras do adulto (61,5%). O tempo de espera médio foi de 2,5 meses e aumentou ano a ano (Tabela 1).

Em relação ao intervalo de tempo entre solicitação e autorização, entre solicitação e agendamento e entre autorização e agendamento, este aumentou significativamente no decorrer dos anos avaliados, sendo maior em 2019 (Tabela 1).

A taxa de absenteísmo foi maior em 2018 e 2019, sendo que em 2019 ela foi 2,16 vezes maior do que em 2017. O absenteísmo se mostrou associado à idade, sendo que quanto maior a idade, menor o absenteísmo. Houve associação entre o absenteísmo e o intervalo de tempo entre a solicitação até o agendamento, sendo que quanto maior este intervalo de tempo, maior o absenteísmo. Tanto a maioria dos agendados quanto a maioria dos absentes eram provenientes da região do Anhanduizinho (Tabela 1 e 2).

Tabela 1 - Descrição dos usuários agendados para fisioterapia ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) em Campo Grande/MS no período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2019

Variável	Ano			p	Total
	2017	2018	2019		
Total de atendimentos	13729	16375	1296	-	31400
Gênero					
Feminino	58,8 (8075) ^b	59,3 (9711) ^b	66,4 (861) ^a	< 0,001	59,4 (18647)
Masculino	41,2 (5654) ^a	40,7 (6664) ^a	33,6 (435) ^b		40,6 (12753)
Idade (anos)	50,48 ± 0,15 ^b	50,60 ± 0,13 ^b	52,05 ± 0,45 ^a	0,006	50,61 ± 0,10
Tempo de espera (dias)					
Solicitação até autorização	40,90 ± 0,52 ^c	129,74 ± 1,03 ^b	208,61 ± 3,52 ^a	< 0,001	94,15 ± 0,66
Solicitação até agendamento	48,98 ± 0,51 ^c	138,57 ± 1,02 ^b	217,93 ± 3,54 ^a	< 0,001	102,68 ± 0,66
Autorização até agendamento	8,08 ± 0,04 ^c	8,83 ± 0,04 ^b	9,32 ± 0,19 ^a	< 0,001	8,53 ± 0,03
Origem do encaminhamento					
Atenção Básica	18,0 (2472) ^b	13,5 (2213) ^c	27,9 (362) ^a		16,1 (5047)
Atenção Especializada	45,8 (6287) ^c	48,1 (7872) ^b	56,9 (738) ^a	< 0,001	47,4 (14897)
Rede complementar	36,2 (4968) ^b	38,4 (6280) ^a	14,8 (192) ^c		36,4 (11440)
Outros	0,0 (2) ^b	0,1 (10) ^b	0,3 (4) ^a		0,1 (16)
Procedimento					
Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras do adulto	60,3 (8282) ^b	61,2 (10015) ^b	77,6 (1006) ^a		61,5 (19303)
Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré e no pós-operatório nas disfunções musculoesqueléticas do adulto	29,9 (4107) ^a	28,3 (4639) ^b	15,6 (202) ^c	< 0,001	28,5 (8948)
Outros*	9,8 (1340) ^a	10,5 (1721) ^a	6,8 (88) ^b		10,0 (3149)
Absenteísmo					
Não	71,2 (9773) ^a	61,8 (10114) ^b	50,2 (650) ^c	< 0,001	65,4 (20537)
Sim	28,8 (3956) ^c	38,2 (6261) ^b	49,8 (646) ^a		34,6 (10863)
Local de moradia por região urbana					
Anhanduizinho	27,7 (3731) ^a	25,8 (4145) ^b	25,8 (326) ^{ab}		26,6 (8202)
Bandeira	13,3 (1796) ^a	12,7 (2036) ^a	13,8 (175) ^a		13,0 (4007)
Centro	5,2 (707) ^a	5,3 (850) ^a	6,5 (82) ^a	< 0,001	5,3 (1639)
Imbirussu	16,1 (2247) ^a	14,0 (2239) ^b	15,2 (192) ^{ab}		14,9 (4594)
Lagoa	16,7 (2247) ^a	16,2 (2606) ^a	13,6 (172) ^b		16,3 (5025)
Prosa	6,7 (898) ^b	7,5 (1199) ^a	6,3 (80) ^{ab}		7,1 (2177)
Segredo	14,3 (1929) ^b	18,5 (2967) ^a	18,8 (238) ^a		16,7 (5134)
Sem informação	258	333	31		622

Nota: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta) ou de média ± erro padrão da média. Valor de p no teste do qui-quadrado (para variáveis categóricas) ou no teste ANOVA de uma via (para variáveis quantitativas). Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os anos avaliados no teste qui-quadrado com correção de Bonferroni (para variáveis categóricas) ou no pós-teste de Tukey (para variáveis quantitativas) (p < 0,05). *Outros: foram agrupados os procedimentos que apresentaram percentuais mínimos nas solicitações nas áreas de oftalmologia, neurologia, respiratória, cardiovascular, queimados, oncologia, cuidados paliativos e uroginecologia, tanto adulto quanto infantil, e musculoesqueléticas pediátricas.

Tabela 2 - Análise do absenteísmo nos serviços de fisioterapia ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Campo Grande/MS no período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2019 associada ao gênero, origem de encaminhamento, procedimento, local de moradia e tempo de espera

Variáveis categóricas	Odds ratio (IC 95%)	p
Absenteísmo		
2017	1	
2018	1,55 (1,48 - 1,63)	< 0,001
2019	2,16 (1,92 - 2,43)	< 0,001
Gênero		
Masculino	1	
Feminino	0,99 (0,94 - 1,04)	0,598
Origem do encaminhamento		
Rede complementar	1	
Atenção Básica	1,64 (1,50 - 1,79)	< 0,001
Atenção Especializada	1,63 (1,51 - 1,77)	< 0,001
Outros	4,91 (1,69 - 14,31)	0,004
Procedimento		
Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré e no pós-operatório nas disfunções musculoesqueléticas do adulto	1	
Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras do adulto	1,23 (1,14 - 1,34)	< 0,001
Outros	0,95 (0,86 - 1,04)	0,262
Região de moradia por região urbana		
Anhanduizinho	1	
Bandeira	0,96 (0,89 - 1,04)	0,351
Centro	0,85 (0,76 - 0,957)	0,007
Imbirussu	0,91 (0,84 - 0,98)	0,013
Lagoa	1,01 (0,94 - 1,09)	0,837
Prosa	1,02 (0,92 - 1,12)	0,770
Segredo	1,00 (0,93 - 1,08)	0,963
Variáveis quantitativas	Odds ratio (IC 95%)	p
Idade	0,99 (0,99 - 0,99)	< 0,001
Intervalo de tempo entre a solicitação até autorização	1,00 (1,00 - 1,01)	0,930
Intervalo de tempo entre a solicitação até agendamento	1,01 (1,00 - 1,01)	0,024

Nota: Valor de p no teste de regressão logística bivariada utilizando o método "Enter". O intervalo de tempo entre a autorização até agendamento foi inicialmente incluído na análise, mas esta variável não passou no critério do método "Enter" para ser inserido na análise final.

Em relação à demanda reprimida, foram identificados 1.424 usuários aguardando acesso aos serviços de fisioterapia. A idade média dos usuários foi de 52,41 anos, sendo a maior parte do sexo feminino. O encaminhamento da grande maioria destes usuários vem da Atenção Básica (AB) e é para o procedimento de atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras (Tabela 3).

As distâncias médias entre cada um dos endereços dos pacientes em relação ao local em que foram atendidos demonstrou que a menor distância percorrida (4,13 km) é para o serviço da Unidade Especializada de Reabilitação e Diagnóstico (UERD), que localiza-se na região do Imbirussu, e a maior distância é para a Clínica Movimento (6,62 km) que situa-se na região central de Campo Grande/MS (Tabela 4).

Tabela 3 - Caracterização dos usuários em demanda reprimida para fisioterapia ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à idade, gênero, origem de encaminhamentos e procedimento no período de janeiro e fevereiro de 2019 no município de Campo Grande/MS

Variável	Média ± EPM ou % (n)
Idade (anos)	52,41 ± 0,43
Gênero	
Feminino	69,7 (993)
Masculino	30,3 (431)
Origem de encaminhamento	
Atenção Básica	98,9 (1409)
Rede complementar	0,8 (12)
Atenção Especializada	0,1 (1)
Outros	0,1 (2)
Procedimento	
Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras	97,3 (1385)
Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções musculoesqueléticas	2,0 (28)
Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas	0,3 (4)
Atendimento fisioterapêutico em pacientes com disfunções uroginecológicas	0,2 (3)
Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas	0,2 (3)
Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós-cirurgia oncológica	0,1 (1)

Nota: EPM = erro padrão da média.

Tabela 4 - Distância (km) para os pontos de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Campo Grande/MS

Unidade de atendimento	Média	IQR 25%	IQR 75%	IC 95%cri	Mínimo	Máximo	
ACBR	5,61	3,80	7,34	5,51	5,72	0,28	12,84
ANACORPUS	6,35	4,84	8,08	6,31	6,39	0,06	15,33
Clínica Movimento	6,62	5,00	8,58	6,57	6,67	0,14	14,50
UCDB	5,14	2,63	6,36	5,02	5,26	0,24	15,67
UERD	4,13	1,81	6,03	4,03	4,22	0,04	14,04

Nota: ACBR = Associação Campograndense Beneficente de Reabilitação; UCDB = Universidade Católica Dom Bosco; UERD = Unidade Especializada em Reabilitação e Diagnóstico

Discussão

Os tempos de espera, absenteísmo e demanda reprimida para serviços de saúde ambulatoriais são um tema atual e relevante.⁷ Na área de fisioterapia ambulatorial são escassas na literatura as investigações que sistematizem, apresentem e discutam esses dados em municípios brasileiros. Os resultados deste estudo mostram elevados tempos de espera para o acesso ao tratamento fisioterapêutico no SUS. Além disso, a

maioria dos usuários são procedentes de regiões de maior vulnerabilidade social do município e há um alto percentual de absenteísmo e de demanda reprimida. Tais dados são extremamente preocupantes; contudo, fazem parte do contexto em que tradicionalmente a reabilitação é tema de baixa prioridade para muitos governos,¹³ o que reflete na oferta insuficiente de serviços em todo o mundo.⁶

A maioria dos agendamentos foi para mulheres em busca de tratamento para disfunções motoras clínicas e cirúrgicas, compatível com outra investigação.¹¹ Chama atenção que o número de mulheres agendadas aumentou consideravelmente ano a ano, fenômeno que precisa ser melhor investigado.

Distúrbios do sistema musculoesquelético estão entre os que mais acometem a população que busca atenção médica e fisioterapêutica,¹⁴ e são a causa mais comum de incapacidade crônica no mundo.¹⁵ O impacto destas condições na vida das pessoas é significativo em razão dos gastos diretos gerados pelo tratamento e pela consequente redução na produtividade, levando ao comprometimento de aspectos econômicos, sociais e emocionais, além do bem-estar físico individual.¹⁶

Os usuários com comprometimentos neurológicos aparecem em números menos expressivos nesse estudo, possivelmente pelo fato de que no município estudado esses usuários são regulados por outros fluxos.

O tempo de espera para o acesso aos serviços de fisioterapia foi longo e teve aumento considerável no decorrer dos anos, indicando dificuldade da rede pública em atender as altas demandas em tempo hábil, comprometendo o acesso e evidenciando iniquidades. Há resultados semelhantes, onde o tempo de espera em reabilitação física variou de 1 a 6 meses para pacientes com acidente vascular encefálico e crianças com paralisia cerebral,¹⁷ e 67 dias para vítimas de acidente de trânsito.⁹ Atrasar o início da reabilitação fere o conceito de acesso baseado na oferta de serviços em tempo e condições oportunas que garantam bons resultados.¹ Além da insatisfação dos usuários, essa demora pode impactar na resolutividade do tratamento¹⁸ e também na renda dos usuários pela redução da capacidade laboral.¹⁶

Em relação ao absenteísmo, houve aumento significativo ano a ano, influenciado pelo tempo de espera. A associação entre o tempo de espera a consultas na AE e absenteísmo também foi observada por Farias et al.⁷

Faltar a consultas e exames é um fenômeno complexo, devendo-se considerar como a necessidade em saúde do usuário foi transformada ao longo do tempo de espera, já que um percentual tão expressivo de absenteísmo prejudica a continuidade do tratamento e gera repetição de ações da AB e ociosidade nos serviços da AE,¹⁹ refletindo no aumento das filas de espera.

Quanto maior a faixa etária, menor foi o absenteísmo, fenômeno que pode ser explicado pela presença de

sintomas mais intensos em pessoas com mais idade²⁰ e/ou pelo fato de os mais jovens aderirem menos aos tratamentos.²¹ Outra hipótese que pode colaborar com esses resultados é o transporte gratuito para idosos, visto que a falta de recursos financeiros para o deslocamento até os serviços de saúde é um dos motivos do absenteísmo,¹⁹ assim como o número reduzido ou inexistente de transporte sanitário.²²

O absenteísmo foi maior nas alterações motoras do adulto quando comparado com pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções musculoesqueléticas do adulto. Possivelmente quem espera por cirurgia ou está em recuperação pós-cirúrgica tenha mais sintomas. Pacientes com melhor adesão ao tratamento apresentam melhor autopercepção de saúde²³ e da necessidade de reabilitação.⁸

A região do Anhanduizinho foi a com maior número de agendamentos e também a de maior absenteísmo, e não há nenhum serviço público de fisioterapia na região. É a região com os maiores índices de exclusão social do município,²⁴ e o absenteísmo pode estar relacionado à barreira econômica para o acesso aos serviços de saúde. Os grupos que mais precisam dos serviços de saúde são os que têm maior dificuldade em acessá-los.²⁵ Quanto mais especializados os serviços, mais distantes localizam-se das regiões de moradia dos usuários,^{26,27} o que interfere no acesso aos serviços ambulatoriais de fisioterapia.²⁸

Em relação à distância percorrida pelos usuários para acesso aos serviços de saúde, a maior distância média correspondeu a uma clínica localizada na região central do município, e a menor distância foi para um serviço localizado na região do Imbirussu. Mesmo sendo o serviço de maior proximidade dos usuários, este está localizado em uma das regiões onde os índices de absenteísmo foram expressivos. Tal resultado pode estar relacionado ao fato de que usuários dessa região também foram encaminhados para outros serviços mais distantes. Ainda, essa região está entre as de maior índice de exclusão social do município.²⁴

O encaminhamento da grande maioria dos usuários em demanda reprimida veio da AB e era para tratamento fisioterapêutico nas alterações motoras. Paralelamente, entre os usuários que conseguiram agendamento no mesmo período e considerando a média geral, apenas 16% foram encaminhados via AB, indicando que os usuários encaminhados via AB têm importantes dificuldades de acesso.

De 72% a mais de 80% dos casos de reabilitação encaminhados para a AE são passíveis de ser tratados na AB,^{29,30} com o fisioterapeuta de primeiro contato realizando triagem e procedendo encaminhamentos conforme a necessidade,³¹ selecionando apenas casos complexos para atendimento nas policlínicas e otimizando o fluxo e o processo de trabalho do fisioterapeuta.³² Esse modo de organização reduz o tempo de espera, solicitação de exames, demanda para AE ou necessidade de consulta com clínicos gerais, além de proporcionar encaminhamentos adequados para a ortopedia e a satisfação dos pacientes.³³

Há relatos da atuação do fisioterapeuta na AB trabalhando a gestão de filas, educação e promoção de saúde em atendimentos individuais, em grupos ou domiciliares,³⁴ tratamento para dor lombar,³⁵ osteoartrite de joelho,³⁶ sessões presenciais complementadas com recursos on-line,³⁷ domiciliar³⁸ e até mesmo atendimento aos pacientes de doença pulmonar obstrutiva crônica,³⁹ mesmo essa prática sendo rotina da AE.

O incremento das doenças crônicas não transmissíveis e o processo de envelhecimento populacional deverá produzir uma demanda cada vez maior por serviços de fisioterapia. Adicionalmente, a COVID-19 traz nova demanda, exigindo planejamento para que esses usuários, muitas vezes acometidos por sequelas graves, tenham continuidade do cuidado pós-alta hospitalar. Além dos serviços especializados de reabilitação, há recomendações de que os fisioterapeutas da AB desenvolvam planos terapêuticos para esses pacientes no território.⁴⁰

Para ampliar e qualificar a atenção fisioterapêutica ambulatorial é necessário um esforço abrangente e coletivo, com a produção de conhecimento sobre as demandas e sobre a resolutividade da atenção em diferentes grupos populacionais, situações de saúde e pontos da rede. É urgente a organização e implementação de uma linha de cuidado na área de reabilitação física na capital estudada. São Bernardo do Campo mostrou êxito com essa iniciativa, reduzindo filas e contribuindo com a resolubilidade no atendimento com o suporte adequado e em tempo oportuno aos usuários.³¹

Considerando a limitação de estudos na área, recomenda-se a realização de pesquisas como essa em outras regiões, assim como investigações sobre os efeitos da atenção fisioterapêutica na AB em diferentes indicadores, como redução do número de

encaminhamentos para a AE e do tempo de espera para acesso aos serviços de fisioterapia, além da satisfação dos usuários.

Conclusão

Este estudo evidenciou problemas importantes no acesso dos usuários aos serviços de fisioterapia ambulatorial no SUS no período estudado: tempo excessivo de espera entre a solicitação e o agendamento do tratamento, altos índices de absenteísmo e demanda reprimida. Todos esses aspectos atuam sinergicamente como barreiras de acesso ao cuidado fisioterapêutico ambulatorial no município estudado, com impactos negativos importantes na recuperação dos usuários.

O vazio assistencial para muitos usuários pode acentuar a situação de vulnerabilidade social, pois a falta da reabilitação física pode impossibilitá-los de trabalhar. É necessária a reorganização desses tratamentos no município, aumentando a oferta de serviços tanto na Atenção Básica quanto na Atenção Especializada.

Embora esse estudo tenha abordado uma realidade específica de uma capital brasileira, é importante dar visibilidade e intensificar o debate sobre os problemas históricos de acesso aos serviços de reabilitação física no Brasil e no mundo. Não foram identificados outros estudos que analisem, de maneira geral e considerando distintas demandas para as unidades de reabilitação fisioterapêutica, dados sobre tempos de espera, absenteísmo e demanda reprimida em serviços de fisioterapia ambulatorial no SUS.

Contribuição dos autores

AGP e MLMS ficaram responsáveis pela concepção do trabalho, redação do manuscrito, análise e interpretação dos dados. AMG, LSFM, ADC e MLMS revisaram o manuscrito e aprovaram a versão final.

Referências

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Geneva: WHO; 2006 [acesso 20 jan 2015]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78256>

2. Silva A. A framework for measuring responsiveness. Series of GPE Discussion Papers: n. 32. EIP/GPE/EBD. Geneva: World Health Organization; 2010. [Link de acesso](#)
3. Hurst J, Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris: OECD; 2003.
4. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K, et al. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2004;Suppl Web Exclusives:W4-487-503. [DOI](#)
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2009;14(3):783-94. [DOI](#)
6. Brigh T, Wallace S, Kuper H. A Systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low - and middle - income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2165. [DOI](#)
7. Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Santos Neto ET. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saude Debate*. 2019;43(5):190-204. [DOI](#)
8. Keely E, Liddy C, Afkham A. Utilization, benefits, and impact of an e-Consultation service across diverse specialties and primary care providers. *Telemed J E Health*. 2013;19(10):733-8. [DOI](#)
9. Sousa KM, Oliveira WIF, Alves EA, Gama ZAS. Fatores associados ao acesso à reabilitação física para vítimas de acidente de trânsito. *Rev Saude Publica*. 2017;51:54. [DOI](#)
10. Matsumura ESS, Sousa Jr AS, Guedes JA, Teixeira RC, Kietzer KS, Castro LSF. Distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas do Brasil. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(3):309-14. [DOI](#)
11. Reis KS, Cavalcante PGL, Aguiar DF, Santos FCV, Hazime FA. Georreferenciamento e políticas públicas de acesso à fisioterapia na atenção primária na cidade de Parnaíba-PI. *Rev Pesqui Fisioter*. 2019;9(2):237-42. [DOI](#)
12. Rowe P. Essential statistics for the pharmaceutical sciences. Chichester, EN: John Wiley & Sons; 2007.
13. WHO. World Report on Disability. Geneva, CH: World Health Organization and The World Bank; 2011. [Link de acesso](#)
14. Oliveira AC, Braga DLC. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista. *J Health Sci Inst*. 2010;28(4):356-8. [Link de acesso](#)
15. Conelly LB, Woolf A, Brooks P. Cost-effectiveness of interventions for musculoskeletal conditions. In: Jamison DT et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2 ed. Washington: The World Bank; 2006. [Link de acesso](#)
16. Woolf AD, Erwin J, March L. The need to address the burden of musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2012;26(2):183-224. [DOI](#)
17. Ribeiro KSQS, Neves RF, Brito GEG, Sousa KM, Lucena EMF, Batista HRL. Acesso à reabilitação pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. *Rev Baiana Saude Publica*. 2012;36(3):699-712. [DOI](#)
18. Stucki G, Stier-Jarmer M, Grill E, Melvin J. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disabil Rehabil*. 2005;27(7-8):353-9. [DOI](#)
19. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espaç Saude*. 2010;11(2):56-65. [Link de acesso](#)
20. Malta DC, Oliveira MM, Andrade SSCA, Caiáffa WT, Souza MFM, Bernal RTI. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 1):2-9s. [DOI](#)
21. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(Supl 2):10s. [DOI](#)
22. Othero MB, Ayres JRCM. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(40):219-33. [DOI](#)
23. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002;40(9):794-811. [DOI](#)
24. Sauer L, Campêlo E, Capillé MAL. O mapeamento dos índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande/MS: Uma nova reflexão. Campo Grande: Editora Oeste; 2012.

25. Lima JC, Azoury EB, Bastos LHCV, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saude Debate*. 2002;26(60):62-70.
26. Souza FOS, Medeiros KR, Gurgel Jr GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19(4):1283-93. [DOI](#)
27. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saude Debate*. 2014;38:182-94. [DOI](#)
28. Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Users' perceptions of outpatient physiotherapy in the public healthcare system in Campo Grande (MS, Brazil): problem-solving capacity and difficulties. *Interface*. 2014;18(48):75-86. [Link de acesso](#)
29. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67. [DOI](#)
30. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368-83. [DOI](#)
31. Carmo D. Atenção Especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. [DOI](#)
32. Carneiro LC, Sanson JR, Silva MLB. Inclusão da fisioterapia na Atenção Primária: experiência na Unidade Básica de Saúde Rio Tavares. *Col Gest Saude Publica*. 2012;10:113-31.
33. Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data. *Br J Gen Practic*. 2019;69(682):e314-20. [DOI](#)
34. Braghini CC, Ferreti F, Ferraz L. Atuação do fisioterapeuta no contexto dos núcleos de apoio à saúde da família. *Fisioter Mov*. 2017;30(4):703-13. [DOI](#)
35. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018;27(1):60-75. [DOI](#)
36. Barten DJJA, Swinkels LCS, Dorsman SA, Dekker J, Veenhof C, Bakker DH. Treatment of hip/knee osteoarthritis in Dutch general practice and physical therapy practice: an observational study. *BMC Fam Pract*. 2015;16:75. [DOI](#)
37. Kloek CJJ, Bossen D, Spreeuwenberg PM, Dekker J, Bakker DH, Veenhof C. Effectiveness of a blended physical therapist intervention in people with hip osteoarthritis, knee osteoarthritis, or both: a cluster-randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2018;98(7):560-70. [DOI](#)
38. Johansson K, Bergström A, Schröder K, Foldevi M. Subacromial corticosteroid injection or acupuncture with home exercises when treating patients with subacromial impingement in primary care - a randomized clinical trial. *Fam Pract*. 2011;28(4):355-65. [DOI](#)
39. Skumlien S, Skogedal EA, Ryg MS, Bjørtuft O. Endurance or resistance training in primary care after in-patient rehabilitation for COPD? *Respir Med*. 2008;102(3):422-9. [DOI](#)
40. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Brasília; 2020 [acesso 17 jul 2021]. Disponível em: <https://tinyurl.com/4fx6k8p>