

ANÁLISE REFLEXIVA DA FILA DE ESPERA POR FISIOTERAPIA EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO CARLOS, SÃO PAULOREFLECTIVE ANALYSIS OF WAITING LIST FOR PHYSICAL THERAPY
AT PRIMARY HEALTH CARE UNIT IN SÃO CARLOS, SÃO PAULO STATE

Guilherme Ferigato Exposto de Mello (ORCID 0000-0002-1690-3795)¹
Cristiane Shinohara Moriguchi (ORCID 0000-0001-6812-1771)¹
Natália Barbosa Tossini (ORCID 0000-0001-9630-9683)²

RESUMO

Objetivos: caracterizar a demanda em fila de espera por assistência fisioterapêutica em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Carlos, São Paulo; avaliar a qualidade dos dados fornecidos pelos formulários de encaminhamento e analisar esses resultados com base no cenário de inserção da fisioterapia na Atenção Básica nas equipes de Atenção Básica. **Métodos:** os dados foram coletados por meio de análise documental da lista de espera de 2015 a 2018 em uma Unidade Básica de Saúde de São Carlos. Foram avaliadas 176 solicitações. **Resultados:** os principais diagnósticos encontrados foram referentes ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, sendo que 30% dos encaminhamentos apresentaram problemas na identificação dos diagnósticos. Mesmo com a utilização de documentos padronizados, há imprecisão nas informações de diagnósticos e procedimentos solicitados. Também não foi identificado sistema de referenciamento e contrarreferenciamento para continuidade da assistência ou reconhecimento do fluxo assistencial. **Conclusões:** a inserção da fisioterapia na Atenção Básica vinculada a equipes de Atenção Básica requer ações de educação permanente para qualificação dos encaminhamentos, bem como o reconhecimento do papel e da autonomia do fisioterapeuta nesse nível de atenção, e da ordenação da rede de atenção à saúde, já que múltiplos pontos de atenção passam a prestar essa assistência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Listas de espera; Assistência integral à saúde; Serviços de saúde.

Autor Correspondente:
Cristiane Shinohara Moriguchi
E-mail: cristiane.moriguchi@ufscar.br

ABSTRACT

Objectives: to characterize the demand for physical therapy waiting list at a Primary Health Care Unit in São Carlos, São Paulo; to evaluate the quality of the data provided by the referral forms for reception process and to analyze the results considering the scenario of physical therapy insertion at Primary Health Care Units. **Methods:** data were collected through documental analysis of the waiting list from 2015 to 2018 from a Primary Health Care Unit in São Carlos. A total of 176 requests were evaluated. **Results:** the main diagnoses found were related to the musculoskeletal system and connective tissue, but 30% of referrals present limitations to describe the patient diagnosis. Even with the use of standardized documents, there is inaccuracy in the information on diagnoses and procedures requested. There was also no referral and counter-referencing system for continuity of assistance or recognition of the flow of assistance. **Conclusions:** the insertion of physical therapy in Primary Care linked to Primary Care teams requires permanent education actions to qualify referrals, as well as the recognition of the physiotherapist's role and autonomy at this level of care, and the ordering of the health care network, since multiple points of care start to provide such assistance.

Keywords: Primary Health Care; Waiting lists; Comprehensive health care; Delivery of health care.

¹ Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos.

² Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos

O presente manuscrito é resultado do projeto de Iniciação Científica sem bolsa do autor Guilherme Ferigato Exposto de Mello (aluno de Graduação em Fisioterapia), que foi realizado com base na parceria Ensino-Serviço e que não possui conflitos de interesse envolvidos.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é produto da Reforma Sanitária Brasileira e foi inserido na Constituição Federal como um direito do cidadão e dever do Estado, tendo este a responsabilidade de oferecer ações de prevenção e promoção da saúde, como as de cura, reabilitação e cuidados paliativos¹. Seu principal objetivo é promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à população, garantindo acesso a todos de forma universalizada e integral².

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é o eixo estruturante do SUS, sendo o primeiro nível de contato do paciente com os serviços de saúde, ou seja, a porta de entrada preferencial da assistência. Tem como proposta atender o indivíduo em sua singularidade e contexto sociocultural, por meio de ações de promoção de saúde, abordagem interprofissional e prevenção de riscos e doenças³. Dessa forma, a Atenção Básica segue os princípios da Atenção Primária à Saúde: atuação no território por meio do diagnóstico situacional; enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; integração com instituições e organizações sociais; e espaço de construção da cidadania^{4,5}. Visa contemplar as principais situações de saúde, articular e integrar os níveis do sistema de saúde e outros setores, em vias de ampliar a resolutividade do SUS e obter maior impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade¹.

No caso da fisioterapia, o profissional pode ser inserido na Atenção Básica como membro: do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); da equipe mínima nas equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária; ou ser cadastrado no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a

nenhuma equipe⁶, permitindo que o fisioterapeuta contribua para mudanças no quadro social e sanitário da população, baseando-se em seus fundamentos e prática profissional, visando à nova realidade de atuação^{7,8}. Com essa inserção na Atenção Básica, o fisioterapeuta deve atuar dentro de um território estabelecido e com uma população definida¹. Dessa forma, é essencial que o profissional conheça as demandas em saúde da população adscrita e adote a postura de responsabilização sanitária sobre a mesma. Tal aproximação com a população permite a criação de vínculo entre profissional e paciente/família/coletivos, e a possibilidade de um cuidado contínuo, melhorando as ações de promoção e prevenção em saúde⁹.

No entanto, a alta demanda por reabilitação e a insuficiência de oferta de serviço na Atenção Secundária⁸ pressionam o fisioterapeuta na Atenção Básica à atuação reabilitadora e a reproduzir o modelo biomédico curativo, sendo limitada a sua atuação em ações de prevenção e promoção da saúde⁹. As longas filas de espera têm sido reportadas pelos estudos de Ferrer et al.¹⁰ e Souza e Ribeiro¹¹ como uma condição que impossibilita que o fisioterapeuta atenda em tempo oportuno e dificultam o acolhimento de novas demandas. Como consequência, o gerenciamento das filas de espera fica comprometido, uma vez que as solicitações com mais de seis meses podem não representar a demanda atual do paciente, bem como a justificativa de seu nome na lista de espera¹⁰.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos principais: caracterizar a demanda em fila de espera por assistência fisioterapêutica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Carlos, São Paulo (Brasil) e avaliar a qualidade dos dados fornecidos pelos formulários de encaminhamento para gerenciamento da fila de espera. Ainda, como parte da reflexão do presente estudo, foram tratadas limitações ao gerenciamento da fila de espera no contexto municipal de

fisioterapeutas vinculados a estabelecimentos de atenção primária, que é uma das opções apresentadas para inserção de fisioterapeutas na Atenção Básica segundo a Nota Técnica nº 3/20206, e que poderá ser adotada por mais municípios, uma vez que o financiamento da Atenção Básica não contará mais com o custeio do NASF-AB.

MÉTODOS

Local do Estudo

O município de São Carlos é de médio porte, com 251.983 habitantes, IDH elevado de 0,80512, e conta com 33 UBS, sendo 12 delas do modelo tradicional (com especialidades médicas de clínico geral, ginecologista e pediatra, além da equipe de enfermagem e odontologia) e 21 vinculadas a equipes de Saúde da Família; 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 1 Hospital Universitário (HU); 1 Centro Municipal de Especialidades (CEME), 1 Santa Casa de Misericórdia e 1 Unidade Saúde Escola para atendimento ambulatorial.

O serviço de fisioterapia municipal conta com 11 fisioterapeutas vinculados diretamente às UBS e com 1 fisioterapeuta vinculado ao NASF-AB. O atendimento ambulatorial em fisioterapia é ofertado pela Unidade Saúde Escola. Setores especializados como Oncologia, Autismo e Ambulatório Materno-Infantil também ofertam atendimento fisioterapêutico ambulatorial para estas populações específicas.

Até o momento, não há sistema de regulação de vagas para atendimento fisioterapêutico estabelecido no presente município, e os fisioterapeutas que atuam na Atenção Básica permanecem ligados a 2 ou 3 UBS vinculadas a equipes de Saúde da Família ou tradicionais. Os fisioterapeutas alternam os dias de atendimento em cada Unidade de Saúde ou permanecem em uma UBS tradicional para realizar a assistência dos usuários adscritos a todas as Unidades às quais esteja vinculado.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de análise documental dos encaminhamentos aguardando por atendimento no Setor de Fisioterapia de uma das UBS tradicionais do município desde 2015 até junho de 2018. Todos os encaminhamentos são documentos em papel, e não há sistema de informação em que esses dados sejam registrados. No presente caso, a fisioterapeuta atendia por três dias da semana nessa UBS tradicional e dois dias em outras duas UBS vinculadas a equipes de Saúde da Família.

Foram coletados os dados: idade, data da solicitação, data do recebimento da solicitação pela UBS, nível assistencial da Unidade Solicitante, profissional solicitante, Hipótese Diagnóstica (HD), solicitação de procedimento e tipo de formulário-padrão utilizado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAAE 92758218.0.0000.5504).

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com apresentação das frequências identificadas ou de média e desvio-padrão.

A análise dos dados dos diagnósticos seguiu a categorização proposta por Yonamine e Trelha¹³ de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo estes: III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos urinários; VI – Doenças do Sistema Nervoso; IX – Doenças do Aparelho Circulatório; XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; e XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas. Diagnósticos de subcategorias, quando relacionados com a mesma região corporal, e diagnósticos relacionados foram agrupados para interpretação dos resultados. Os diagnósticos considerados para

classificação foram coletados dos diversos campos dos formulários e, mesmo quando não utilizada a CID-10, os diagnósticos foram categorizados. Quando o mesmo indivíduo apresentava mais de um diagnóstico em uma mesma solicitação, foram todos contabilizados como diagnósticos distintos. Diferentemente de Yonamine e Trelha¹³, os dados não foram categorizados pelo diagnóstico clínico, mas pelas subcategorias da CID-10.

RESULTADOS

Foram avaliadas 176 solicitações na fila de espera por fisioterapia de um total de 193 solicitações coletadas, sendo 9 excluídas por serem repetidas, 4, por falta de dados, e 4, por serem menores de 18 anos. Do total de solicitações avaliadas (n=176), 121 eram do sexo feminino, 54, do sexo masculino, e 1 não identificado. A média de idade na entrega da solicitação foi de 55,58±13,2 anos, sendo 52 idosos (≥60 anos), 82 adultos (>18 anos e <60 anos) e 42 solicitações sem dados de idade. A média de meses por atendimento em fila de espera, considerando a data de recebimento da solicitação e a data do presente estudo (junho de 2018), foi de 19,8±6,9 meses, ressaltando que 15 fichas não possuíam data de recebimento preenchido.

O formulário mais utilizado para solicitação de atendimento fisioterapêutico foi a Guia de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) (n=129), sendo o preenchimento de relatório outra modalidade de formulário de encaminhamento-padrão encontrado (n=47). A SADT apresenta campos específicos para preenchimento da HD, da descrição do procedimento solicitado, além de campos para os

dados pessoais: nome, data de nascimento, sexo. Já nos outros formulários de encaminhamento, não há definição das informações necessárias para a solicitação.

A maioria das solicitações (70%; n=123) apresentou HD legível preenchida no campo determinado a ela no caso da SADT ou no texto do encaminhamento. Dentre as 53 solicitações com problemas na identificação da HD, destaca-se que: em 19 solicitações (11%), a HD não estava legível; e em 34 solicitações em SADT (26% das SADT), a HD não foi preenchida no campo indicado.

Entre as solicitações com HD legível (n=123), a descrição da HD se apresentou variada entre os profissionais: 56% demonstraram descrição do diagnóstico (n=69); 37% utilizaram a CID-10 (n=46); 5% expressaram preenchimento de campo incorretamente (n=6 SADT); e 2% exibiram descrição e CID-10 (n=2). Como preenchimento incorreto, foram identificados: regiões corporais e procedimentos (por exemplo, isostretching e exercícios).

Os diagnósticos identificados em 133 encaminhamentos – sendo 117 com HD preenchidos no campo da HD das SADT e no texto do encaminhamento e 16 HD preenchidas na descrição dos procedimentos ou outro campo da SADT – foram divididos em 6 diferentes capítulos da CID-10. Esses capítulos foram divididos em 33 diferentes CID e, entre estes, diferentes descritores foram utilizados pelos profissionais (**Tabela 1**).

Quadro 1. Distribuição de diagnósticos coletados nas solicitações segundo Capítulos da CID-10

Capítulo	CID-10	Descritores utilizados pelos profissionais	Quantidade (n)
III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos urinários	D36 Neoplasia benigna de outras localizações e de localizações não especificadas	D36	1
VI Doenças do Sistema Nervoso	G45 Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e síndromes correlatas	G45	1
	G56.0 Síndrome do Túnel do Carpo	Síndrome do Túnel do Carpo	1
IX Doenças do Aparelho circulatório	I64 Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	AVC; Hemorrágico –sequela motora hemicorpo; sequela AVC; sequela AVE	5
	I69.4 Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico		
XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido	M15 Poliartrrose		1
	M19 Outras artroses	Artrose;	9

conjuntivo		osteoartrite lombossacra; artrite de tornozelo; espondiloartrite dorso-lombar; espondiloartrite lombar; artrite ombro	
	M17 Artrite do joelho	M17; AO joelhos; OA incipiente joelhos	4
	M21.4 Pé chato [pé plano]	Pé plano	1
	M24.5 Contratura articular	Contratura coluna cervical	1
	M41 Escoliose	Escoliose, escoliose lombar, cifoescoliose	9
	M50 Transtorno dos discos cervicais	M50; discopatia degenerativa cervical, hérnia de disco cervical, M50.1; hérnia de disco C5/C6	4
	M51 Outros transtornos de disco intervertebral	Hérnia discal lombar; protrusão L4/L5; hérnia de disco L4/L5	5
	M53.1 Síndrome	cervicobraquialgia	2

	cervicobraquial		
	M54.2 Cervicalgia	Cervicalgia	7
	M54 Dorsalgia M54.4 Lumbago com ciática M54.5 Dor lombar baixa	M54; M54.4; M54.5; lombalgia; lombociatalgia	41
	M65 Sinovite e tenossinovite	M65.9; M65; M65.8	19
	M70 Transtorno dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão	M70; LER/DORT	4
	M70.7 Outras bursites do quadril	Bursite quadril	1
	M71.2 Cisto sinovial do espaço poplíteo (Beker)	Cisto de Beker	1
	M75 Lesões do ombro	Bursite subacromial; bursite ombro; entesopatias de ombros; M75; M75.5; tendinopatia; artralgia, Síndrome do Impacto	15
	M77.0 Epicondilite medial M77.1 Epicondilite	Epicondilite; epicondilite lateral	5

	lateral		
	M77.3 Esporão calcâneo	Esporão calcâneo	2
	M79.1 Mialgia	Mialgia em face flexora membro superior; tendinite antebraço	2
	M79.7 Fibromialgia	Fibromialgia	2
XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R29 Postura anormal	Retificação cervical, retificação lordose	2
	R32 Incontinência urinária não especificada	R32	1
XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S52.5 Fratura de extremidade distal do rádio	Fx rádio distal	1
	S63 Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do punho e da mão	Luxação; entorse	2
	S93.4 Entorse e distensão do tornozelo	Dor residual pós entorse tornozelo	1

Fonte: elaboração própria

Por meio da Tabela 1, pode-se identificar que os diagnósticos foram diversificados, com predomínio de acometimento das Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Capítulo XIII da CID-10) (n=135). As principais doenças apresentadas foram relacionadas com: região lombar (n=41), ombro (n=15) e sinovite e tenossinovite (n=19).

A maioria das solicitações foi emitida pela Atenção Ambulatorial (n=108), seguida pela Atenção Primária (n=60) e, em menor número, pela Atenção Hospitalar (n=8). Todos os encaminhamentos foram emitidos por médicos.

Ao identificar a Descrição do Procedimento na SADT, a maioria dos profissionais indicou apenas Fisioterapia (n=91), ou Fisioterapia e informações adicionais, como: a quantidade de sessões (n=53); a região corporal acometida (n=50); o diagnóstico (n=25); e as intervenções em saúde (n=12). Os descritores das informações adicionais estão apresentados na Tabela 2.

Quadro 2. Descritores das informações adicionais presentes nos formulários de encaminhamento-padrão para fisioterapia quanto ao procedimento

Informações adicionais	Descritores
Quantidade de sessões	5 sessões, 10 sessões, 20 sessões, 2 vezes por semana, 6 semanas
Região corporal acometida	Joelho, coluna lombar, mão, coluna cervical, sínfise púbica, coluna vertebral, ombro, tornozelo, pé, braço, cotovelo, 1º dedo, quadril, punho, antebraço volar, calcanhar
Diagnóstico	Osteoartrite, cervicalgia, lombalgia, sinovite, tendinose, dorsalgia, escoliose, lombociatalgia, esporão calcâneo, hérnia de disco, fratura
Intervenções fisioterapêuticas solicitadas	Ganho de amplitude de movimento, ganho de amplitude de movimento com carga total progressiva, ganho de amplitude de movimento sem carga, exercício postural, analgesia, alongamento, fortalecimento, reabilitação

Fonte: elaboração própria

Os encaminhamentos não estabelecem em qual nível de atenção o usuário deverá buscar atendimento fisioterapêutico, sendo os mesmos documentos utilizados para encaminhamento à fisioterapia na Atenção Básica ou Atenção Ambulatorial.

DISCUSSÃO

Foram avaliados 176 pedidos de encaminhamentos que se encontravam na fila de espera por atendimento fisioterapêutico em uma UBS do município de São Carlos. Destes, os principais diagnósticos identificados foram acometimentos das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com maior incidência de acometimentos lombares. Os encaminhamentos avaliados foram emitidos exclusivamente por médicos, e sem suporte logístico de um sistema de referenciamento e contrarreferenciamento.

Não foram localizados outros estudos que tenham avaliado a característica da população em lista de espera por fisioterapia na Atenção Básica. O estudo de Yonamine e Trelha¹³ avaliou atendimentos realizados pela fisioterapia na Atenção Primária e identificou resultados similares ao do presente estudo quanto ao predomínio de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; bem como o estudo de Menegazzo et al.¹⁴, que identificou maior prevalência de artrose, seguida das doenças osteomusculares e acidente vascular encefálico. O estudo de Silva e Sirena⁸ avaliou o perfil de encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Ambulatorial em fisioterapia e encontrou predomínio de osteoartrose, tendinopatias/lesões de tecidos moles, lombalgia e doença neurológica. Já o estudo de Ferrer et al.¹⁰, que avaliou a lista de espera da Atenção Ambulatorial, identificou que as maiores demandas foram osteoartroses, lombalgias/lombociatalgias e tendinites. Portanto, verifica-se que tanto os níveis de Atenção Básica como os de Atenção Ambulatorial, sejam nos atendimentos ou nas filas de espera, apresentam demandas

semelhantes de predomínio de doenças osteomusculares e tecido conjuntivo.

Na Atenção Básica, o fisioterapeuta deve incluir em sua agenda diferentes práticas para responder às necessidades do território, as quais incluem ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, práticas terapêuticas e educativas, apoio matricial, articulador entre os pontos da rede de atenção e microrregulador dos fluxos de referência, evitando sobrecarga nos serviços de referência. Sendo assim, a diferenciação entre a responsabilidade assistencial da Atenção Básica e da Atenção Ambulatorial deve ser adotada para concepção do trabalho em rede, com continuidade do cuidado, não em sobreposição de assistência entre os níveis assistenciais¹.

No entanto, a ausência de protocolos e do estabelecimento de linhas de cuidado dificulta a construção do trabalho em rede¹⁵. Para além dessas barreiras de conformação da rede de atenção, o atendimento à necessidade do usuário em tempo oportuno e de forma equânime requer também arranjos organizacionais baseados na cooperação e no diálogo entre trabalhadores e serviços que se responsabilizem pelo cuidado¹⁵. Além desses aspectos, a falta de vagas nos serviços especializados em fisioterapia, que pressiona os profissionais da Atenção Básica a suprir demandas reprimidas⁹ e compromete a resolutividade de sua atuação, também deve ser considerada para ordenação da rede.

Experiências exitosas indicam como positivos a utilização de ferramentas tecnológica para o gerenciamento de filas, o envolvimento dos fisioterapeutas na regulação e o fortalecimento da comunicação entre os serviços¹⁶. De acordo com um relato de experiência sobre a inserção do fisioterapeuta em uma central de regulação em Florianópolis, o reconhecimento da fila de espera e o monitoramento da demanda do município são essenciais. Para auxiliar no gerenciamento da fila existente, foi realizado um mutirão por fisioterapeutas a fim de unificar tal fila, agrupando as solicitações de atendimento e organizando-as de forma cronológica e por prioridade de

atendimento, conseguindo, a partir disso, melhor monitoramento, transparência e conhecimento da real dimensão da fila de espera¹⁷. No entanto, o que verificamos no presente município foram a ausência desse controle e a presença de fila descentralizada em cada UBS e desconexa da fila da Assistência Ambulatorial. Conforme apresentado nos Métodos, a lista de espera da presente UBS é controlada pelos fisioterapeutas que atuam na Unidade de forma fragmentada em relação à rede assistencial.

Entre as limitações para a regulação do fluxo no presente município, verifica-se a ausência de um sistema de informação que interligue os diversos pontos da rede de atenção e faça a regulação das vagas. Os encaminhamentos para a fisioterapia são realizados exclusivamente via papel, e não há qualquer controle das demandas ou das vagas disponíveis. A regulação do fluxo da fisioterapia, com o modelo de inserção do fisioterapeuta nas equipes de Atenção Básica, requer reconhecimento de sua complexidade, uma vez que as vagas disponíveis e o fluxo de usuários irão variar conforme a estrutura da sala de fisioterapia de cada Unidade de Saúde (espaço físico, quantidade de materiais), dias da semana com atendimento fisioterapêutico, atividades coletivas ofertadas, entre outros fatores.

Além disso, no atual cenário, o usuário em posse do encaminhamento pode escolher se tentará o acesso à fisioterapia da Atenção Básica ou da Atenção Ambulatorial, podendo se inscrever nos dois serviços simultaneamente, mas sem garantia de acesso ou responsabilização pela continuidade do cuidado por parte dos serviços. Resultados de outros estudos mostram que o desconhecimento do fluxo de encaminhamento para a fisioterapia é um problema em outros municípios¹¹. Nesse sentido, em municípios em que a fisioterapia é vinculada às UBS, fica evidente a necessidade de construção do fluxo assistencial da fisioterapia, o estabelecimento de sistemas de referência e contrarreferência, bem como a necessidade de educação

permanente para o reconhecimento do papel do fisioterapeuta nos diferentes níveis de atenção e para a operacionalização do fluxo assistencial.

Quanto à qualidade das informações fornecidas nos encaminhamentos avaliados, foram identificadas sérias barreiras para o gerenciamento da fila de espera, uma vez que aproximadamente 30% dos encaminhamentos não apresentavam diagnóstico legível ou informado em campo adequado. Além da falta de informação, informações pouco esclarecedoras na indicação do diagnóstico, como a descrição de sintomas no caso de lombalgia, também foram identificadas no presente estudo. A ausência dessas informações impossibilita a organização por prioridade de atendimento e gestão e monitoramento da fila de espera¹⁷. Dessa forma, o preenchimento adequado dos encaminhamentos deve ser estabelecido, principalmente ao considerarmos as mudanças no modelo de financiamento da Atenção Básica que será baseado em indicadores que envolvam ações estratégicas em Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas⁶, sendo os encaminhamentos fonte de informações relevantes.

No presente estudo, foi verificada a utilização da CID-10 (n=46) como uma das principais formas de identificação da HD em conjunto com a descrição do diagnóstico (n=69) nos encaminhamentos avaliados. No entanto, a utilização apenas da HD também não é suficiente para gestão da fila de espera. A CID-10 é empregada para classificar todas as doenças, podendo ser utilizada para motivos de consultas clínicas, possibilitando seu uso em morbidades também. Apesar de contribuir para a identificação da demanda em saúde do paciente encaminhado, a HD atende às necessidades de informações mais gerais, cabendo a outras classificações, em conjunto a ela, a tarefa de atender enfoques sobre incapacidades, procedimentos médicos e cirúrgicos e consequências duradouras das doenças¹⁸. Por tal necessidade, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), por abordar aspectos da

funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas, apresenta uma classificação mais detalhada que a CID-10¹⁸. Em vista disso, Souza et al.¹⁹ propõem a utilização de um protocolo ancorado na CIF, além de informações diagnósticas, para sistematização do acolhimento e tomada de decisão na gestão da fila de espera, sendo os casos com menor nível de comprometimento funcional destinados à fisioterapia na Atenção Básica.

Além das limitações apontadas nos encaminhamentos para a fisioterapia, verifica-se ferimento à autonomia do profissional fisioterapeuta ao identificar a quantidade de sessões ou os procedimentos a serem realizados. O Decreto- Lei nº 938/1969²⁰ reconhece o fisioterapeuta como profissional de nível superior, sendo sua atividade privativa “executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente”. Sendo assim, cabe ao fisioterapeuta realizar a devida prescrição relacionada com sua área de atuação, conforme seu Código de Ética²¹: “Artigo 12. O fisioterapeuta deve se responsabilizar pela elaboração do diagnóstico fisioterapêutico, instituir e aplicar o plano de tratamento e conceder alta para o cliente/paciente/usuário, ou, quando julgar necessário, encaminhar o mesmo a outro profissional”. Ferrer et al.¹⁰ também identificaram a prescrição de condutas fisioterapêuticas e número de sessões nos encaminhamentos para a fisioterapia na Atenção Ambulatorial.

CONCLUSÕES

A maioria das solicitações foi emitida por meio de documento padronizado (SADT), porém, com limitações para apoio do gerenciamento da fila de espera por fisioterapia. As demandas encontradas na fila de espera na Atenção Básica foram de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com maior incidência de acometimentos lombares, que são semelhantes às demandas atendidas

pela Atenção Básica e Ambulatorial já reportadas na literatura e que confirmam a necessidade de ordenação da rede de atenção à saúde com a inserção de fisioterapeutas na Atenção Básica compondo as equipes mínimas ou sem vinculação, já que múltiplos pontos de atenção passam a prestar essa assistência. Medidas de educação permanente para o reconhecimento da atuação e da autonomia do fisioterapeuta nesse nível de atenção, bem como a operacionalização da rede de atenção, fazem-se necessárias para integralidade do cuidado.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo avaliou apenas os encaminhamentos ao serviço de fisioterapia de uma UBS tradicional que estavam na fila de espera. Não foram coletados dados sobre os atendimentos realizados em uma UBS tradicional.

CONTRIBUIÇÃO À LITERATURA

A alteração do financiamento da Atenção Básica poderá impactar na inserção da fisioterapia na Atenção Primária à Saúde, uma vez que a inserção via NASF-AB deixará de ser induzida. A inserção diretamente nas equipes de Atenção Primária e equipes de Saúde da Família já é o cenário vivenciado no município de São Carlos. Nesse sentido, as barreiras identificadas para ordenação da rede de cuidados e para garantia de acesso nesse cenário poderá auxiliar outros municípios que pretendam adotar essa inserção e contribuir para literatura que é escassa quanto à análise das barreiras diante das diferentes inserções da fisioterapia na Atenção Básica.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio recebido do Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Carlos, Edital 2018-2019.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2017; 22 set [acessado 2019 maio 08]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2006.
3. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm 2009; 62(1): 113-118.
4. Tanaka OW. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saude Soc 2011; 20(4): 927-934.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.
7. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. Cien Saude Coletiva 2011; 16(1): 1515-1523.
8. Silva GG, Sirena SA. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde. Epidemiol Serv Saúde 2015; 24(1): 123-133.
9. Bispo Jr JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Cien Saude Coletiva 2010; 15(1): 1627-1636.
10. Ferrer MLP, Silva AS, Silva JRK, Padula RS. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. Fisioter Pesqui 2015; 22(3): 223-230.
11. Souza ARB, Ribeiro KSQS. A Rede Assistencial em Fisioterapia no Município de João Pessoa: uma Análise a Partir das Demandas da Atenção Básica. R Bras Ci Saúde 2011; 15(3): 357-368.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Índice de Desenvolvimento Humano, 2010. [acessado 2019 ago 28]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/pesquisa/37/30255>.
13. Yonamine CY, Trelha CS. O modo de fazer saúde: a Fisioterapia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família em uma Unidade Básica. Rev Espaço Saúde 2009; 11(1): 17-27.
14. Menegazzo IR, Pereira MR, Villalba JP. Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. J Health Sci Inst 2010; 28(4): 348-51.
15. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad Saude Publica 2011; 27(2): 295-304.
16. Riella C, Gonçalves Jr E, Bavaresco GZ, Conceição KCW, Carneiro LC, Silvestre MV, et al. Regulação e gestão de filas de espera: uma experiência exitosa do Serviço de Fisioterapia no município de Florianópolis. Revista de Saúde Pública de Florianópolis 2014; 2(2):41-46.
17. Gonçalves Jr E, Pereira MF, Pereira J. Fisioterapia no Complexo Regulador: um relato de experiência. Coleção Gestão da Saúde Pública 2013; 6(3): 54-64.
18. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(2): 324-335.
19. Souza MAP, Dias JF, Ferreira FR, Mancini NC, Kirkwood RN, Sampaio RF. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação:

análise a partir do acolhimento. Cien Saude Colet 2016; 21(10): 3277-3286.

20. Brasil. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1969; 13 out.

21. Brasil. Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Diário Oficial da União 2013; 01 ago.

Recebido: 17/02/2020
Aprovado: 11/03/2022