

Vazios assistenciais na reabilitação física: análise espacial dos serviços de fisioterapia e dos domicílios dos usuários em uma capital brasileira

Assistance gaps in physical rehabilitation: spatial analysis of physical therapy services and users' households in a brazilian capital

Andréa Godoy Pereira¹ , Anderson Fuentes Ferreira¹ , Leila Simone Foerster Merey¹ ,
Alessandro Diogo De Carli¹ , Amanda Medeiros Gomes¹ , Mara Lisiane de Moraes dos Santos¹ 

RESUMO: *Objetivo:* O objetivo deste estudo foi analisar a distribuição espacial dos serviços ambulatoriais de reabilitação em fisioterapia e associá-la à disposição geográfica dos domicílios dos usuários da rede pública de reabilitação em uma capital brasileira. *Métodos:* Foi realizado um georreferenciamento dos serviços públicos de reabilitação fisioterapêutica e dos endereços dos domicílios dos usuários desses serviços em Campo Grande (MS) durante o período de 2017 a 2019. *Resultados:* Foram identificados cinco serviços de fisioterapia para atender à demanda de 31.774 usuários agendados no período estudado. A maioria dos serviços está nas regiões mais centrais da cidade, enquanto a maioria dos usuários reside nas regiões periféricas. *Conclusão:* Evidenciou-se um vazio assistencial na reabilitação fisioterapêutica, com oferta restrita de serviços em função das demandas, e barreira geográfica, uma vez que os serviços estão distantes dos domicílios dos usuários. A reabilitação física deve ser colocada na agenda prioritária da saúde pública no país, especialmente no momento atual, com as demandas por reabilitação de um número expressivo de brasileiros que evoluem com sequelas da COVID-19.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Fisioterapia. Reabilitação. Atenção primária à saúde. Mapeamento geográfico.

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande (MS), Brasil.

¹Universidade Federal do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

Autor correspondente: Mara Lisiane de Moraes dos Santos, A Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, Pioneiros, CEP: 79070-900, Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: mara.santos@ufms.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

ABSTRACT: Objective: The aim of this study was to analyze the spatial distribution of outpatient physical therapy rehabilitation services and associate it with the geographic location of users' households. **Methods:** The public physical therapy rehabilitation services and addresses of users' households in Campo Grande (MS) were georeferenced in 2017-2019. **Results:** Five physical therapy clinics were identified to supply the demand of 31,774 scheduled users. Most services are in the most central regions of the city, while most users reside in peripheral areas. **Conclusion:** An assistance gap in Physical therapy care was identified, with a restricted supply of services to meet demands and a geographic barrier, since the services are far from the users' households. Physical rehabilitation must be a priority in the country's public health, especially nowadays, where demands for rehabilitation of a significant number of Brazilians who evolved with sequelae of COVID-19 are so present.

Keywords: Access to health services. Physiotherapy. Rehabilitation. Primary health care. Geographic mapping.

INTRODUÇÃO

As mudanças na saúde das populações e perfis demográficos são evidentes em todo o mundo. O envelhecimento populacional vem acompanhado de condições crônicas¹⁻⁴, contribuindo para um rápido aumento no número de pessoas com deficiência ou declínio funcional por períodos substancialmente maiores de suas vidas⁴. Tais condições requerem resolutividade dos sistemas de saúde para responderem a esses desafios emergentes. A reabilitação, no entanto, não foi priorizada no mundo e conta com poucos recursos⁴, principalmente nos países de média e baixa renda^{1,2}, a despeito do consenso de que demandas por serviços de reabilitação continuarão a aumentar, considerando-se a saúde global e as tendências demográficas^{2,4}.

Entre as demandas identificadas em estudo⁴ sobre necessidades de reabilitação, os distúrbios musculoesqueléticos são os mais numerosos, e a paralisia cerebral contribui fortemente com a necessidade de reabilitação em âmbito mundial. Tais condições estão intrinsecamente relacionadas aos serviços de reabilitação fisioterapêuticos, que possibilitam ganho funcional e impactam a qualidade de vida das pessoas. De forma peculiar, indivíduos com incapacidades funcionais enfrentam maiores obstáculos para acessar a saúde, a educação e o trabalho, apresentando mais necessidades referentes à atenção à saúde, portanto têm mais demandas não atendidas em relação à população em geral⁵.

Em contexto amplo, o acesso aos serviços de saúde costuma ser ponto crítico para a eficiência e efetividade dos sistemas de saúde. O acesso envolve aspectos que extrapolam a assistência e a oferta de vagas, e, entre estes, está a acessibilidade, que se refere à relação entre localização da oferta do serviço de reabilitação e residência dos usuários, deslocamento e custos⁶. Em relação aos usuários que necessitam de reabilitação física fisioterapêutica, a distância entre os serviços e os domicílios dos usuários pode constituir uma barreira geográfica. Essa é considerada uma das mais preocupantes, pois esses usuários geralmente apresentam mobilidade reduzida, com dificuldades no deslocamento até os serviços de reabilitação^{7,8}.

Estudos georreferenciados em saúde são desenvolvidos para investigar a distribuição espacial de doenças em diferentes territórios e para o planejamento da distribuição de serviços nas redes de atenção à saúde (RAS)⁹. Por meio dessa estratégia, pode-se também analisar a distribuição espacial de usuários em busca de tratamento¹⁰.

Foi identificado um único estudo¹⁰ que utilizou o georreferenciamento para analisar a distribuição espacial de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de tratamento fisioterapêutico em um serviço específico em Parnaíba (PI). Os resultados mostraram que os 1.476 usuários analisados foram provenientes de 32 bairros diferentes do município, demonstrando a necessidade de deslocamentos a partir de distintas localizações geográficas.

Estudos acerca do acesso aos serviços de reabilitação contribuem para a ampliação e qualificação da oferta dessa modalidade de cuidado no SUS. A análise espacial e o cruzamento de informações geográficas sobre a localização residencial dos usuários e dos serviços de reabilitação em fisioterapia no SUS produzirão conhecimento relevante para identificação de barreiras de acesso em relação aos serviços de reabilitação fisioterapêutica, viabilizando aos gestores melhor planejamento, monitoramento e avaliação das ações e políticas públicas de melhoria no acesso ao cuidado em fisioterapia na RAS.

O objetivo deste estudo foi analisar a distribuição espacial dos serviços ambulatoriais de fisioterapia e associá-la à disposição geográfica dos domicílios dos usuários agendados para serviços de reabilitação fisioterapêutica ambulatorial no SUS em Campo Grande (MS).

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, elaborado com base em dados secundários, por meio do georreferenciamento dos domicílios dos usuários agendados para os serviços de fisioterapia ambulatorial do SUS de Campo Grande, no período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2019. Ainda foram georreferenciados os serviços públicos e privados de fisioterapia ambulatorial da capital.

FONTES DOS DADOS SECUNDÁRIOS DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE FISIOTERAPIA

O georreferenciamento dos serviços foi elaborado com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹¹. Realizou-se um levantamento de todos os serviços ambulatoriais de fisioterapia do município, em 22 de maio de 2019. Identificaram-se os que ofereciam atenção fisioterapêutica exclusivamente aos usuários do SUS, os que atendiam exclusivamente aos usuários de planos de saúde privados e particulares e os serviços mistos, que recebiam usuários do SUS, da saúde suplementar e particular. Com base nessas informações, foram realizados contatos com os serviços “mistos” para confirmar a oferta de tratamento fisioterapêutico para usuários do SUS no período estudado.

Excluíram-se os serviços mistos que informaram não realizar atendimento fisioterapêutico pelo SUS, os que estavam duplicados na relação do CNES, os que constavam no mesmo endereço e os filantrópicos. Os últimos foram excluídos pois não recebiam usuários por meio do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG), banco de dados utilizado neste estudo.

Após as exclusões, foram coletadas informações referentes ao logradouro, número e bairro dos serviços de fisioterapia.

FONTES DOS DADOS SECUNDÁRIOS DOS USUÁRIOS AGENDADOS PARA OS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE FISIOTERAPIA DO SUS

As informações relativas aos usuários agendados foram extraídas do banco de dados do SISREG. Excluíram-se usuários residentes em áreas rurais e em outros municípios. Coletou-se informações acerca da idade, sexo e diagnóstico dos usuários, por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). As informações dos diagnósticos consistiram de um número expressivo de CID, e, para viabilizar a análise, os diagnósticos foram categorizados em três grupos: usuários com afecções ortopédicas, neurológicas e outras.

Para o georreferenciamento dos domicílios dos usuários dos referidos serviços, foram extraídas informações referentes ao logradouro e número do domicílio.

CONSTRUÇÃO DO GEORREFERENCIAMENTO

As informações com endereços de usuários e dos serviços de fisioterapia foram organizadas em planilhas do Microsoft Excel 2010, inseridas no sistema *on-line* Batchgeo¹², e geocodificadas.

Foram elaborados mapas de densidade de Kernel com a espacialização dos endereços dos usuários agendados para os serviços de fisioterapia do SUS e serviços mistos, cujos agendamentos eram realizados por meio do SISREG. Nos mapas, os serviços ambulatoriais de fisioterapia do município foram identificados, o que permite uma visão espacial dos serviços e dos usuários que os utilizam.

Para a elaboração dos mapas e estimação da densidade de Kernel, recurso empregado para criar um mapa raster de densidade (mapa de calor) com base em uma camada vetorial do tipo ponto, foi utilizado o *software* QGIS¹³. A densidade foi calculada com base na quantidade de pontos da área de estudo; assim, quanto maior o número de pontos agrupados (*cluster*), maior foi a percepção da densidade. Esses tipos de mapas permitem a identificação de “pontos quentes” em áreas de grande concentração e agrupamento de pontos.

Os mapas foram gerados utilizando-se a mesma escala cartográfica (1:2,5 km), permitindo a identificação de áreas com altas concentrações para a localização de usuários de fisioterapia e os serviços de fisioterapia. Em relação ao georreferenciamento dos serviços, frisamos que, em endereços muito próximos, os pontos podem se sobrepor, dando a impressão de serem um só, sendo possível visualizá-los totalmente com um *zoom* no sistema de mapas.

Optou-se pela utilização de densidade de 600 pontos, em virtude da quantidade de pontos da área. Uma densidade mais ampla ampliou de forma significativa as áreas de concentração. Assim, a densidade utilizada apresentou as regiões de agrupamento de pontos, permitindo identificar áreas de menor concentração, como também de maior concentração.

O georreferenciamento aqui demonstrado foi construído por meio de um mapa em formato *shape file* disponibilizado pela Secretaria de Saúde de Campo Grande (SESAU) com as sete regiões urbanas do município: Imbirussu, Segredo, Prosa, Centro, Bandeira, Anhanduizinho e Lagoa.

Com base nas coordenadas geográficas dos endereços dos usuários e dos serviços de fisioterapia, foram calculadas as distâncias entre os pontos, utilizando-se a ferramenta de análise vetorial “distância para o centro mais próximo”. As distâncias foram calculadas separadamente para cada unidade de atendimento. Calcularam-se as médias, o intervalo interquartil (25 e 75%), os intervalos de confiança (IC) 95% da média e as distâncias mínimas e máximas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, CAEE 02617418.7.0000.002.

RESULTADOS

Obtiveram-se 32.085 endereços registrados de usuários agendados para fisioterapia ambulatorial no SUS no período estudado. Destes, foram excluídos 311 registros (1,03%) por estarem localizados em outros municípios ou em áreas rurais, restando 31.774 (99,03%) endereços urbanos.

Foram identificados dois serviços exclusivos SUS – um na região Imbirussu e outro na Segredo; três serviços mistos na região Centro (pela proximidade, houve sobreposição de pontos). Os serviços privados situaram-se majoritariamente (31) na região Centro. Não havia nenhum serviço nas regiões Anhanduizinho e Bandeira. A maior concentração de usuários agendados foi na região Anhanduizinho (26,6%), seguida pela região Segredo (16,7%), Lagoa (16,3%), Imbirussu (14,9%), Bandeira (13,0%), Prosa (7,1%) e Centro (5,3%) (Figura 1).

Na Figura 2, estão representados somente os serviços SUS e mistos e a concentração dos domicílios dos usuários. Observam-se altas concentrações de usuários agendados em regiões sem serviços e um importante vazio assistencial em relação à oferta de reabilitação em fisioterapia no SUS (Figura 2).

Quanto aos usuários, 59,40% eram do sexo feminino, com idade média de 50,61 anos. A maioria (89,00%) foi encaminhada para tratamento fisioterapêutico por afecções ortopédicas, 9,00% por afecções neurológicas e 1,77% por outros comprometimentos (afecções oftalmológicas, respiratórias, cardiovasculares, oncológicas, uroginecológicas, musculoesqueléticas pediátricas e queimados).

A verificação das distâncias médias entre cada um dos endereços dos usuários em relação ao local onde foram atendidos demonstrou que a menor distância percorrida (4,13 km) foi para um serviço exclusivo SUS situado na região Imbirussu e a maior distância foi um serviço misto (6,62 km) localizado na região Centro (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram oferta insuficiente e inadequada distribuição espacial dos serviços de fisioterapia ambulatorial SUS em relação à demanda dos usuários.

Ficaram evidentes dois problemas que configuram importantes barreiras ao acesso de usuários aos serviços públicos de reabilitação fisioterapêutica no SUS:

1. Organização espacial dos serviços, a maioria concentrada na região central, enquanto há maior concentração de usuários em regiões periféricas, distantes dos serviços de fisioterapia;
2. Oferta restrita de serviços de reabilitação em fisioterapia no SUS para atender à alta demanda em questão.

O tema acesso aos serviços de saúde é complexo, multidimensional e com diferentes abordagens de análise⁶. Autores¹⁴ destacam cinco dimensões do acesso: disponibilidade,

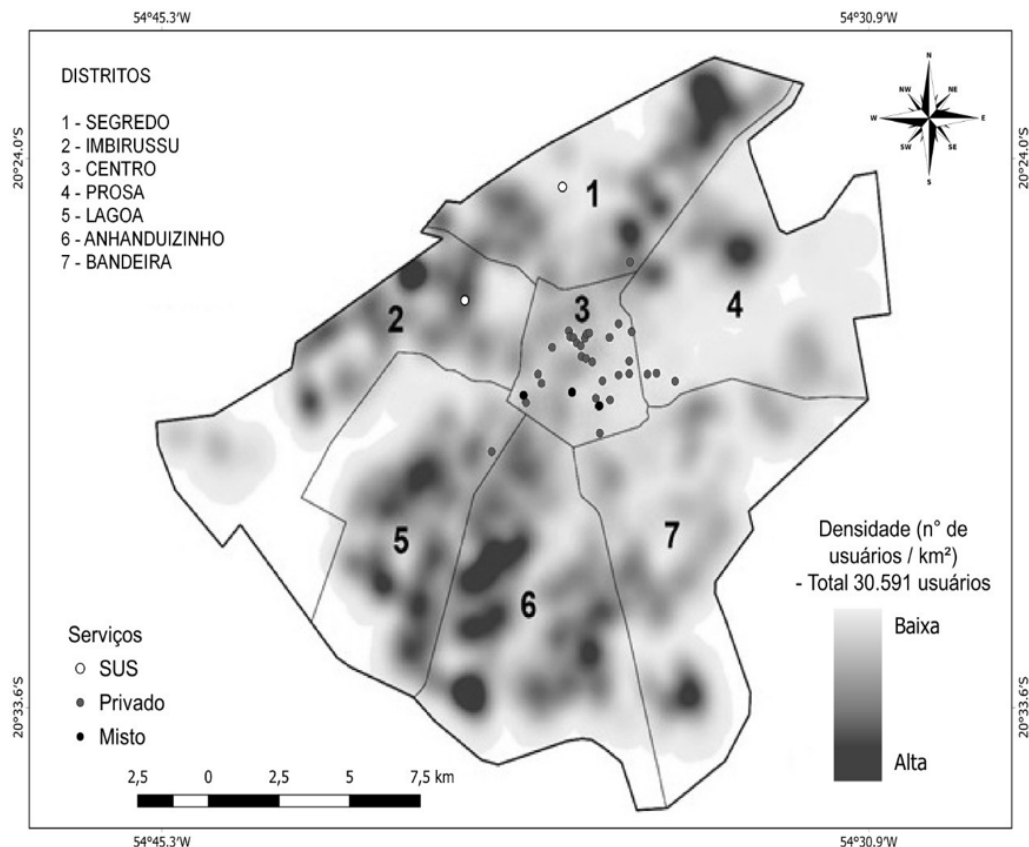


Figura 1. Mapa representando a distribuição espacial em Kernel de todos os usuários encaminhados aos serviços de fisioterapia ambulatorial SUS e a distribuição em pontos de todos os serviços ambulatoriais de fisioterapia em Campo Grande (MS).

acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. Os resultados deste estudo se relacionam a duas dessas dimensões: disponibilidade e acessibilidade. Em relação às barreiras de acesso identificadas, a organização espacial dos serviços está diretamente associada à acessibilidade, no que diz respeito à distância entre os serviços e os

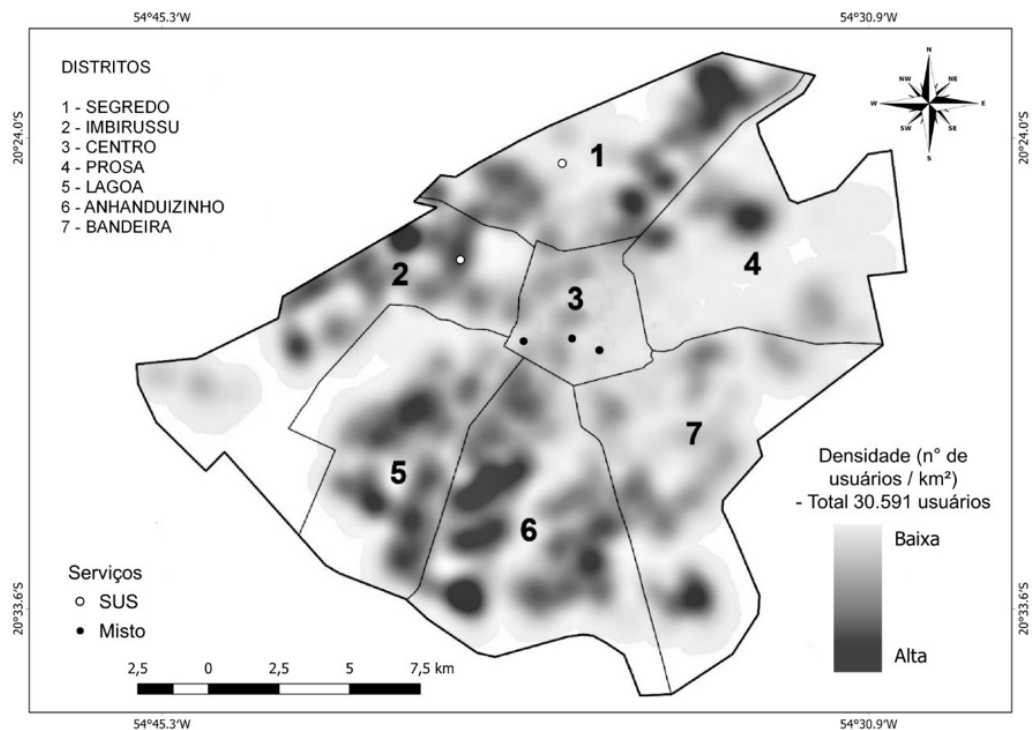


Figura 2. Mapa representando a distribuição espacial em Kernel de todos os usuários encaminhados aos serviços de fisioterapia ambulatorial SUS e a distribuição em pontos dos serviços ambulatoriais de fisioterapia SUS e Mistos em Campo Grande (MS).

Tabela 1. Distancias entre os domicílios dos usuários e os serviços de reabilitação em fisioterapia do SUS mais próximos, em quilômetros – Campo Grande (MS).

Unidade de atendimento (região urbana da unidade)	Média	IQR 25%	IQR 75%	IC95%		Mínimo	Máximo
Serviço misto 1 (Centro)	5,61	3,80	7,34	5,51	5,72	0,28	12,84
Serviço misto 2 (Centro)	6,35	4,84	8,08	6,31	6,39	0,06	15,33
Serviço misto 3 (Centro)	6,62	5,00	8,58	6,57	6,67	0,14	14,50
Serviço SUS 1 (Segredo)	5,14	2,63	6,36	5,02	5,26	0,24	15,67
Serviço SUS 2 (Imbirussu)	4,13	1,81	6,03	4,03	4,22	0,04	14,04

IQR: intervalo interquartil

usuários. A oferta restrita de serviços públicos de reabilitação em fisioterapia está relacionada à disponibilidade, caracterizada pela relação volume e tipo de serviços existentes, volume de usuários e o tipo de necessidade¹⁴.

Quanto à organização espacial, observou-se a concentração dos serviços especializados nas regiões mais centrais da cidade, característica identificada em distintas realidades nacionais e internacionais^{8,15-17}.

A distância entre os domicílios dos usuários e os serviços de reabilitação é uma barreira geográfica que limita o acesso e a utilização dos serviços de saúde e também interfere no acesso aos serviços de fisioterapia¹². Quanto mais especializados os serviços, mais distantes localizam-se das regiões de moradia dos usuários¹⁵, o que dificulta o acesso ao cuidado pelos usuários que residem em regiões mais periféricas.

Os resultados reforçam a tendência trazida pela literatura, ao se identificar que a menor distância média percorrida pelos usuários até o serviço de fisioterapia foi para um serviço situado em local deslocado da região central e a maior distância foi para um serviço localizado no Centro. Fato preocupante, considerando-se que, entre os cinco serviços de reabilitação fisioterapêutica SUS no município, três estão no Centro. A maior concentração de usuários agendados residia na região Anhanduizinho, onde não há serviço de fisioterapia e é a região com maior índice de exclusão social do município¹⁸. Em investigação do absentismo e tempos de espera para acesso aos serviços de fisioterapia de Campo Grande, observou-se que os usuários provenientes do Anhanduizinho eram os que mais faltavam às consultas agendadas aos serviços¹⁹.

Esse resultado é inquietante, pois as regiões mais vulneráveis socialmente são compostas pela população que mais tem dificuldade em acessar os serviços de saúde⁵. Regiões urbanas mais vulneráveis apresentaram maiores percentuais de pessoas com deficiência²⁰, as quais são potenciais utilizadoras dos serviços de reabilitação.

Alguns fatores intensificam as barreiras geográficas, como o número reduzido ou inexistente de transporte sanitário¹⁵, a falta de transportes públicos adaptados, os horários limitados ou a inexistência de linhas de ônibus nos locais dos domicílios, a dependência de transporte coletivo ou ambulância, as limitações funcionais provenientes dos agravos à saúde¹⁷, os custos com deslocamentos^{3,8,21,22}, a necessidade de afastamento das atividades laborais para tratamento³, a ausência de rede social de apoio que auxilie na superação da limitação física e as condições climáticas no dia da consulta²².

Tais situações interferem diretamente no acesso aos serviços de saúde – e de forma mais impactante em algumas populações: idosos, usuários com deficiência ou mobilidade reduzida^{7,17,23}. Esses grupos são expressiva clientela dos serviços de fisioterapia. Assim, mesmo que os usuários consigam agendamento nos serviços públicos, são vários os obstáculos que atuam sinergicamente e constituem barreiras ao acesso, podendo contribuir para o absentismo ou abandono do tratamento^{19,24}.

Transpor essas fragilidades não é tarefa trivial, sobretudo ao considerarmos que, de maneira geral, a reabilitação é um tratamento de médio/longo prazo, com periodicidade semanal²⁴. Todos esses aspectos podem explicar as barreiras geográficas relatadas por pessoas

com deficiência como importantes obstáculos para acesso aos serviços de saúde^{8,25,26} e os custos com transporte como problemas intransponíveis ou muito sérios⁸.

Os resultados mostram uma expressiva demanda para a reabilitação em fisioterapia no SUS: 31.774 usuários foram agendados nos 26 meses estudados. É necessário problematizar a diferença entre número de serviços de fisioterapia SUS comparados aos serviços privados disponibilizados na capital estudada. À época da coleta dos dados, o número de serviços privados era seis vezes superior aos públicos, enquanto o número de campo-grandenses com planos de saúde correspondia a aproximadamente um terço da população, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar²⁷.

Constata-se uma inversão da oferta e demanda em relação aos serviços públicos e privados e quantitativos de usuários SUS e de planos de saúde, evidenciando desigualdades ao acesso aos serviços de fisioterapia no município, assim como uma oferta de serviços de reabilitação em fisioterapia no SUS limitada e muito aquém da demanda, comprometendo a equidade, universalidade e integralidade do cuidado.

É importante analisar o modelo de oferta dos serviços, com contratualização de clínicas privadas para atenderem aos usuários do SUS. Esse modelo depende de trâmites burocráticos e do interesse dos serviços privados em atender a essa população. Assim, as ofertas são flutuantes, havendo momentos em que os serviços estão disponíveis e outros em que não estão. À época da escrita desse texto, em 2021, de acordo com informações da SESAU, não havia nenhum serviço ambulatorial de fisioterapia contratualizado pelo SUS, restringindo o cuidado fisioterapêutico a dois serviços para toda a demanda da capital.

Essa não é uma realidade específica de Campo Grande. No Brasil, usuários idosos⁷, com deficiências²⁸ e com sequelas físicas após acidentes de trânsito³ enfrentaram filas ou problemas de acesso por escassez de serviços públicos de reabilitação, revelando um vazio assistencial que pode resultar em incapacidades funcionais prolongadas ou permanentes. Em que pese a ampliação do acesso à saúde pelo SUS, a continuidade do cuidado em reabilitação após eventos agudos ainda é um sério problema a ser enfrentado.

Em âmbito mundial, sabe-se que há um claro descompasso entre a necessidade global por reabilitação e a disponibilidade de serviços². Historicamente, a reabilitação foi tema de baixa prioridade para muitos governos²⁻⁴, com ofertas insuficientes de serviços^{4,24}, especialmente nos países de média e baixa renda^{1,2}, irregular distribuição geográfica e desvalorização da reabilitação física por parte dos gestores^{3,29}.

São muitos os desafios para que a reabilitação de qualidade seja implementada, e, ante a demanda atual e crescente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem priorizado essa pauta, colocando a reabilitação como um investimento em capital humano que contribui para o desenvolvimento sanitário, econômico e social².

Como estratégia para enfrentamento desses desafios, o fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) como espaço privilegiado e potente para a oferta de reabilitação tem sido defendido por autores nacionais^{10,19,24}, internacionais^{1,4} e pela OMS².

Trata-se de uma mudança de modelo essencial para superar a lacuna de oferta desses serviços, especialmente em países de média e baixa renda, com possibilidades de cuidado

efetivo no território próximo de onde as pessoas vivem^{4,30}, e que tem a potência de proporcionar maior adesão ao tratamento em médio e longo prazo³¹.

A falta de clareza do papel do fisioterapeuta com ações de reabilitação na APS pode estar relacionada à cultura de que esse cuidado deve ser realizado na atenção especializada^{10,32} e de que a reabilitação é um serviço clínico, caro, que deve ser realizado em nível de atenção secundário/terciário⁴. Estima-se que um percentual expressivo de usuários que são encaminhados à atenção especializada possa ser cuidado resolutivamente por fisioterapeutas na APS^{24,32,33}. Intervenções de reabilitação de baixo custo e com recursos mínimos têm sido eficazes e podem ser consideradas modelos de cuidado bem-sucedidos³⁰.

Vale ressaltar a potência do Brasil para incorporar essa agenda, com uma APS altamente capilarizada e de ampla cobertura, com as experiências das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), com *expertise* para atuação na reabilitação no território. Contudo, a proposta de ampliação do escopo de práticas em reabilitação na APS requer reorganização da RAS, com ampliação do quadro de profissionais para a incorporação dessa agenda sem perder as características de cuidado no território. Esse necessita ser usuário-centrado, realizado em equipe multiprofissional, com produção de vínculo e escuta, uso de tecnologias leves do cuidado, ferramentas de baixa densidade tecnológica, educação permanente em saúde, projeto terapêutico singular, entre outras. Essa construção brasileira do cuidado multiprofissional no território potencializaria os resultados da reabilitação. Obviamente, tais ações não substituem a oferta dos serviços especializados de fisioterapia para os casos mais complexos, os quais devem ser ofertados em regiões mais próximas dos usuários minimizando as barreiras de acesso.

Apesar da necessidade da consolidação da participação da fisioterapia na APS³⁴, o atual contexto político brasileiro nos põe ante ataques incessantes à Política Nacional de Atenção Básica, inclusive com o desmonte e a precarização da atuação dos NASF³⁵, que, potencialmente, fragiliza ainda mais o acesso aos cuidados fisioterapêuticos no SUS.

O enfrentamento desses desafios torna-se mais urgente ante a pandemia da COVID-19. Após a fase aguda, expressivo número de pessoas acometidas pela COVID-19 pode desenvolver sequelas, com necessidade de reabilitação em longo prazo, fato que aumenta as demandas por reabilitação no mundo todo⁴.

A demanda maior por tratamentos de usuários com afecções ortopédicas encontrada neste estudo possivelmente ocorreu pelo fato de que os usuários com agravos neurológicos têm fluxos diferenciados, com encaminhamentos para serviços especializados em reabilitação neurológica em Campo Grande. Paralelamente, a grande demanda por reabilitação em função de afecções ortopédicas vai ao encontro dos achados da publicação sobre a estimativa global de necessidade de serviços de reabilitação⁴, em que os distúrbios musculoesqueléticos representaram a maioria dos agravos que requeriam reabilitação. Estes estão intrinsecamente relacionados ao cuidado fisioterapêutico.

Embora de âmbito local, este estudo traz importantes problematizações sobre os vazios assistenciais na reabilitação e dá visibilidade a um relevante problema de acesso à saúde que tem impactado a vida de uma parcela expressiva da população. A metodologia empregada pode ser adaptada a outras realidades, possibilitando novos conhecimentos por meio de diferentes formas de organização das RAS. Outras informações podem ser incorporadas

em investigações futuras, como os desfechos, abandonos ao tratamento, tempos de espera para a utilização dos serviços, origem dos encaminhamentos, continuidade do cuidado na APS e outras informações que subsidiem a reformulação de políticas para ampliação/qualificação do acesso à reabilitação fisioterapêutica no SUS.

Os resultados deram visibilidade a uma demanda expressiva de usuários, serviços insuficientes e vazios assistenciais, sobretudo nas regiões periféricas e mais vulneráveis, no âmbito dos serviços de reabilitação em fisioterapia no SUS de Campo Grande.

Embora sejam barreiras de acesso importantes, são modificáveis. Mediante políticas públicas, poderão ser reduzidas ou suprimidas, pela reorganização, ampliação e qualificação da oferta dos serviços nas áreas onde estão as maiores concentrações de usuários que requerem reabilitação em fisioterapia no SUS. Nessa direção, um caminho promissor está na formulação de uma linha de cuidado da saúde funcional, com ações articuladas de promoção, prevenção e reabilitação nos diferentes ciclos de vida.

Finalmente, é necessário refletir sobre o modelo vigente de oferta de serviços de reabilitação na atenção especializada situados nas regiões centrais das cidades, suas limitações e impactos para quem precisa dessa modalidade de cuidado, e pensar em novas possibilidades, como políticas públicas. É uma realidade complexa e, portanto, necessita de ações criteriosas, planejadas com base nas demandas dos usuários e das potências das redes locais, com implementação de ações intersetoriais, as quais requerem decisões e intervenções que ultrapassam o setor saúde.

AGRADECIMENTOS

Trabalho realizado com apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/ MEC – Campo Grande (MS), Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Heinemann AW, Feuerstein M, Frontera WR, Gard AS, Kaminsky LA, Negrini S, et al. Rehabilitation is a global health priority. *Arch Phys Med Rehabil* 2020; 101(4): 728-9. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.08.468>
2. World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action. Meeting report. [acessado em 6 jun. 2021]. Disponível em: https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport_plain_text_version.pdf
3. Sousa KM, Oliveira WIF, Alves EA, Gama ZAS. Fatores associados ao acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito. *Rev Saúde Pública* 2017; 51: 54. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006429>
4. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2021; 396(10267): 2006-2017 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
5. World Health Organization. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011. [acessado em 22 mar. 2022]. Disponível em: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

6. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2865-75. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
7. Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2991-3001. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>
8. Eide AH, Mannan H, Khogali M, van Rooy G, Swartz L, Munthali A, et al. Perceived barriers for accessing health services among individuals with disability in four African countries. *PLoS One* 2015; 10(5), e0125915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125915>
9. Nardi SMT, Paschoal JAA, Pedro HSP, Paschoal VDA, Sichieri EP. Geoprocessamento em Saúde Pública: fundamentos e aplicações. *Rev Inst Adolfo Lutz* 2013; 72(3): 185-91.
10. 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 Pesq Fisio* 2019; 9(2): 237-42. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i2.2339>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta. Serviços especializados. Brasília, 2019 [acessado em 22 mai.2019]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=50&VMun=500270&VComp=00&VTerc=00&VServico=126
12. Batchgeo. Ferramenta interativa de criação de mapas. [acessado em 2 jan. 2021]. Disponível em: <https://pt.batchgeo.com/>
13. QGIS. Sistema de Informação Geográfica livre e aberto. [acessado em 2 jan. 2021] Disponível em: https://qgis.org/pt_PT/site/
14. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-98.
15. 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 (Botucatu)* 2014; 18(48): 75-86. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>
16. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(4): 1283-93. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>
17. 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. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102165>
18. Sauer L, Campelo E, Capillé MAL. O mapeamento dos índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande-MS: uma nova reflexão. Campo Grande: Editora Oeste; 2012.
19. Pereira AG, Gomes AM, Merey LS, De Carli AD, Santos MLM. Scheduling, waiting time, absenteeism and repressed demand in outpatient physical therapy care. *Fisioter Mov* 2022; 35: e35113. <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35113>
20. Souza JM, Carneiro R. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. *Saúde Soc* 2007; 16(3): 69-84. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000300007>
21. Cerqueira MB, Pupo LR. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. *Rev Baiana Saúde Pública* 2009; 33(2): 214-30.
22. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(4): 725-37. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>
23. Sá MRC, Thomazinho PA, Santos FL, Cavalcanti NC, Ribeiro CTM, Negreiros MFV, et al. Assistência fisioterapêutica na atenção primária à saúde infantil: uma revisão das experiências. *Rev Panam Salud Pública* 2014; 36(5): 324-30.
24. Rosa NSF, Bertussi DC, Santos MLM, Castro AMM, Silva JS, Macedo LCSA, et al. Mapas e fluxos da micropolítica do cuidado à saúde das pessoas com deficiência na Rede de Campo Grande-MS: rede formal, invisível e existencial. In: Bertussi DC, Merhy EE, Coelho KSC, Santos MLM, Rosa NSF (org). *O CER que precisa ser: os desafios de ser rede viva com o outro*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2021. p.32-47 (no prelo)
25. Cruz VV, Silva HF, Pinto EG, Figueiredo NMA, Sé ACS, Fernandes EM, et al. Accessibility barriers for people with disabilities or reduced mobility: an integrative review. *Res Soc Dev* 2020; 9(4): e168943053. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3053>
26. Castro AMM, Silva JS, Macedo LCSA, Rosa NSF, Bertussi DC, Santos MLM. et al. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. *Prát Cuid Rev Saúde Colet* 2021; 2: e11351.
27. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS Tabnet. Informações em saúde siplementar. Banco de dados 2021 [acessado em 22 mai. 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

28. Othero MB, Ayres JRCM. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(40): 219-33. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000010>
29. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: Organização Mundial da Saúde; 2011. [acessado em 22 mar. 2022]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf
30. Dee M, Lennon O, O'Sullivan C. A systematic review of physical rehabilitation interventions for stroke in low and lower-middle income countries. *Disabil Rehabil* 2020; 42(4): 473-501. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1501617>
31. Pan American Health Organization. World Health Organization. Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization; 2020. [acessado em 02 jan. 2021] Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52035>
32. Oliveira AC, Brandão JAM, Silva MON, Gondim Filho VC. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. *RBPS* 2005; 18(1): 3-6.
33. 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
34. Silva GG, Sirena AS. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(1): 123-33. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100014>
35. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc Saúde Coletiva* 2020; 25(4): 1475-81. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

Recebido em: 20/08/2021

Revisado em: 11/02/2022

Aceito em: 23/02/2022

Contribuição dos autores: Pereira, A. G.: Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. Ferreira, A. F.: Análise formal, Escrita – revisão e edição. Merey, L. S. F.: Escrita – revisão e edição, Metodologia. Carli, A. D.: Escrita – revisão e edição, Metodologia. Santos, M. L. M.: Administração do projeto, Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão.

