

Fatores associados à espera para o serviço de fisioterapia: análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

Factors associated with waiting for physiotherapy service: analysis from the Access and Quality Improvement Program (PMAQ)

Sanderson José Costa de Assis 

Clecio Gabriel de Souza 

Geronimo José Bouzas Sanchis 

Angelo Giuseppe Roncalli 

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Data da primeira submissão: Agosto 16, 2021

Última revisão: Setembro 30, 2023

Aceito: Outubro 2, 2023

*Correspondência: sanderson_assis@hotmail.com

Resumo

Introdução: Historicamente, discute-se a dificuldade de encaminhamentos para o serviço especializado de saúde.

Objetivo: Analisar os fatores associados ao tempo de espera para os serviços especializados de fisioterapia.

Métodos: Estudo transversal, multinível, realizado a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Adotou-se a variável desfecho: tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas de fisioterapia. Na análise estatística, utilizou-se a regressão múltipla de Poisson e adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Observou-se associação do tempo de encaminhamento para fisioterapia com as equipes de saúde que recebem apoio para o planejamento do processo de trabalho ($n = 25,48$; 83,4%; $p < 0,0001$), como também para a gestão que disponibiliza informações sobre a situação de saúde ($n = 26,55$; 86,8%; $p < 0,0016$), recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento ($n = 24,149$; 79,1%; $p < 0,0001$), recebe apoio institucional permanente ($n = 25,14$; 82,3%; $p < 0,0001$) e obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas ($n = 22,80$; 76,6%; $p < 0,0001$). Nas equipes que são apoiadas por fisioterapeutas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família ($n = 5,67$; 18,6%; $p < 0,0001$), verificou-se associação entre o Índice de Gini ($p < 0,044$) e o Índice de Desenvolvimento Humano ($p < 0,0001$). **Conclusão:** O tempo de encaminhamento para o serviço especializado de fisioterapia mostrou-se associado tanto com fatores de organização e gestão do sistema quanto com variáveis contextuais.

Palavras-chave: Inquéritos epidemiológicos. Fisioterapia. Atenção Primária à Saúde. Fatores socioeconômicos.

Abstract

Introduction: Historically, the difficulty of referrals to specialized health services has been discussed. **Objective:** To analyze the factors associated with waiting time for specialized physiotherapy services. **Methods:** Cross-sectional, multilevel study, with secondary data, based on the external evaluation of the second cycle of the Access and Quality Improvement Program and the United Nations Development Program. The explanatory variables for the outcome "Estimated waiting time of users for specialized consultations - Physiotherapy" were grouped according to the characteristics of the family health teams and contextual factors. In the statistical analysis, Poisson's Multilevel Regression was used. A significance level of 5% was adopted ($p < 0.05$). **Results:** Observed association of the time of referral to physiotherapy with the health teams that receive support for the planning of the work process ($n = 25.476$; 83,4%; $p < 0.0001$), that the management provides information about the health situation ($n = 26.505$; 86,8%; $p < 0.0016$), receives support for the discussion of monitoring data ($n = 24.149$; 79,1%; $p < 0.0001$), receives permanent institutional support ($n = 25.140$; 82,3%; $p < 0.0001$), gets feedback from the evaluation carried out by the specialists ($n = 22.801$; 76,6%; $p < 0.0001$) and in the teams that are supported by the NASF physiotherapist ($n = 5.666$; 18,6%; $p < 0.0001$), with an association for the Gini Index ($p < 0.044$) and the HDI ($p < 0.0001$). **Conclusion:** The referral time to the specialized physiotherapy service was shown to be associated with both system organization and management factors, as well as contextual variables.

Keywords: Healthy surveys. Physiotherapy. Primary Health Care. Socioeconomic factors.

Introdução

O processo de organização e construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcado por expressivo aumento na extensão da cobertura e realizado por meio de Redes de Atenção à Saúde, nas quais tem-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do sistema e como coordenadora e ordenadora do cuidado.¹⁻⁵

Apesar dessa organização do sistema, observa-se uma grande dificuldade no acesso aos serviços especializados, cujos encaminhamentos são realizados a partir da APS. Vale ressaltar que a resolutividade da APS

pode estar associada a processos de gestão do trabalho, capacitação dos profissionais e estrutura física dos serviços, e que a desorganização do fluxo dos usuários se relaciona diretamente com a dificuldade de acesso e, conseqüentemente, reclamações.³ Além desses fatores, subfinanciamento e pouca integração entre os níveis de atenção à saúde dificultam a integralização do cuidado e geram aumento no tempo de espera dos usuários para o serviço especializado.⁶

O termo "tempo de espera" é utilizado para designar o período em que as pessoas aguardam para obter os serviços de saúde que necessitam. Trata-se de um indicador importante, sendo utilizado como medida de desempenho e avaliação da qualidade dos serviços de saúde de outros países como Canadá, Reino Unido e Nova Zelândia.⁷⁻⁹ Um dos serviços especializados que gera grande fila de espera é o da fisioterapia. Segundo Ferrer et al.,⁶ a falta de organização do sistema pode repercutir em longa lista de espera para o serviço especializado de fisioterapia e tais problemas podem estar relacionados à baixa resolutividade da APS ou até a uma baixa capacitação da equipe quanto aos critérios utilizados para o encaminhamento desses usuários.

Atualmente, a lista de espera do serviço especializado se configura como um dos principais "gargalos" do SUS, com pouca integração entre os níveis de atenção à saúde, o que dificulta a integralidade da atenção ao usuário e fere diretamente um dos seus principais princípios.^{2,6} Além disso, o alto número de pacientes na lista de espera para os serviços de fisioterapia no nível secundário gera insatisfação e indagação dos usuários quanto à resolutividade do sistema. Identificar fatores que contribuam para a diminuição deste quadro poderá ajudar na melhora do serviço para os usuários. Desta forma, este estudo objetivou analisar os fatores associados ao tempo de espera para os serviços de fisioterapia no serviço especializado.

Métodos

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, multinível e de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários da avaliação externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). O banco de análise do PMAQ é composto por 29.778 equipes de saúde da família, distribuídas em 5.041 municípios. Os dados foram

coletados em formulários eletrônicos, instalados em tablets para registro e envio automatizado ao servidor central no Ministério da Saúde.⁸⁻¹¹ O desfecho foi medido pela seguinte variável do PMAQ: “Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas - Fisioterapia (dos usuários encaminhados nos últimos três meses)”, com respostas dadas em número de dias.

As variáveis independentes, selecionadas em nível de equipes de saúde, foram: apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho; informações que auxiliem na análise de situação de saúde; apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação; apoio institucional; ferramenta para

classificação de risco e vulnerabilidade; contrarreferenciamento; práticas integrativas e complementares; “Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) com profissional Fisioterapeuta”. As respostas eram categorizadas em “sim” ou “não”, com exceção da contrarreferência em que as respostas eram “sim, sempre”, “sim, na maioria das vezes”, “sim, poucas vezes” ou “não há retorno” (Quadro 1).

Este banco de dados foi vinculado a outro banco, com nível de agregação a nível municipal: o Censo Nacional, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cujos dados foram compilados pela agência brasileira do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Quadro 1 - Variáveis características das equipes de saúde da família e contextuais: descrição geral e estratégias de adaptação ao modelo de análise

	Variável	Pergunta	Categoria original
Dependente	Tempo de espera para a fisioterapia	Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas - Fisioterapia (dos usuários encaminhados nos últimos três meses).	Número de dias
Independente (Equipes de Saúde da Família)	Apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim ou Não
	Informações que auxiliem na análise de situação de saúde	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Sim ou Não
	Apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação?	Sim ou Não
	Apoio institucional	A equipe recebe apoio institucional permanente?	Sim ou Não
	Ferramenta para classificação de risco e vulnerabilidade	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Sim ou Não
	Contrarreferenciamento	A equipe de Atenção Básica obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?	Sim, sempre Sim, na maioria das vezes Sim, poucas vezes Não há retorno
	Práticas integrativas e complementares	A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	Sim ou Não
	Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) com profissional fisioterapeuta	Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) com profissional fisioterapeuta.	Sim ou Não
Independente (Contextuais)	Índice de Gini	A soma da renda de todos os membros da família, dividida pelo número de moradores.	Variável numérica, categorizada pelo tercil: Até 0,49 De 0,50 a 0,55 Acima de 0,56
	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Um índice para medir a desigualdade na distribuição da renda per capita. Varia de 0, quando não há desigualdade, a 1 quando toda a renda está concentrada em um único indivíduo.	Variável numérica, categorizada pelo tercil: Até 0,651 De 0,652 a 0,739 Acima de 0,739

O PMAQ é um programa que tem como objetivo induzir o processo de avaliação na Atenção Básica. Desenvolvido pelo governo federal, é executado por 41 instituições federais de pesquisa e ensino, conduzido pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelas universidades federais da Bahia (UFBA), de Minas Gerais (UFMG), de Pelotas (UFPel), do Rio Grande do Sul (UFRGS), do Rio Grande do Norte (UFRN) e do Piauí (UFPI).⁸⁻¹¹ O programa é dividido em quatro fases. A primeira consiste na adesão-contratualização de indicadores e compromissos; a segunda, no desenvolvimento do projeto para gerar mudanças na gestão do cuidado prestado pelas equipes; a terceira é a avaliação externa, com avaliação da população; e a quarta é a recontratualização, com delineamento de novos objetivos e compromissos com indicadores.

No presente estudo foram extraídos dados do segundo ciclo do PMAQ, o qual traz informações referentes às equipes de saúde da família. Desse, foram selecionadas as variáveis do módulo II, que traz informações coletadas por meio de entrevista com um profissional da equipe. Além dessas informações, foram analisadas variáveis contextuais extraídas da PNUD, como o Índice de Gini e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Desse modo, o presente estudo foi baseado na realização de uma análise multinível, em que foram consideradas todas as variáveis com informações sobre as equipes de saúde no primeiro nível.

No segundo nível foram incluídas variáveis referentes ao contexto socioeconômico, cujas associações com a variável desfecho eram plausíveis do ponto de vista teórico. Incluiu-se, portanto, o Índice de Gini, que no Brasil é usado como um índice-chave dos objetivos de desenvolvimento do milênio das Nações Unidas,¹²⁻¹⁴ servindo para medir o grau de concentração de renda nas cidades. Utilizado como medida de desigualdade social, varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade no local. A outra variável adicionada foi o IDH, que consiste na média geométrica da soma da expectativa de vida ao nascer, índice de educação e índice de renda, por se tratar de uma ferramenta importante para avaliar o desenvolvimento de diversos locais.

Na análise estatística, utilizou-se a modelagem multinível para avaliar a influência das variáveis de equipes de saúde e contextuais sobre a variável dependente. De maneira geral, o nível contextual pode ser considerado como agregados sociais, devido ao seu efeito

sobre as equipes e população. Assim, dados da equipe geralmente são considerados como o primeiro nível (nível mais interno) e os locais onde se situam são considerados como o segundo nível (nível mais externo).¹⁵⁻¹⁷

Realizou-se análise descritiva para verificar os pontos de corte ou critérios para categorização, sendo as variáveis métricas categorizadas em três estratos com base nos tercís. Foram realizados testes de associação, como o teste qui-quadrado de Rao Scott, entre a variável desfecho e todas as variáveis independentes, selecionando aquelas com $p \leq 0,2$ para serem incluídas na regressão múltipla. Inicialmente foram estimadas as razões de prevalência (RP) não ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Vale salientar que a interpretação da RP seguiu um modelo de razão de médias, de acordo com o modelo teórico. Em seguida, realizou-se modelo de regressão multinível de Poisson, incluindo as variáveis dos diferentes níveis. A modelagem foi iniciada por um modelo nulo para verificar a viabilidade da modelagem multinível e, posteriormente, foram incluídas as variáveis de todas as dimensões. Finalmente, o termo de interação entre variáveis contextuais e individuais socioeconômicas foi criado para analisar a presença de *crosslevel interaction*. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Avaliou-se um total de 24.055 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 29.778 equipes de saúde, distribuídas em 5.041 municípios brasileiros, no Ciclo II do PMAQ. A média de tempo de encaminhamento para o serviço especializado de fisioterapia foi de 26,28 dias.

A análise descritiva dos dados encontra-se na Tabela 1, onde também podem ser observadas as associações iniciais baseadas na análise bivariada, tanto das variáveis a nível equipe quanto às variáveis contextuais, mostrando uma associação de todas as variáveis observadas com o tempo de encaminhamento para o serviço especializado de fisioterapia.

Na modelagem multinível observa-se que tanto no modelo 1, modelo 2 e modelo final, todas as variáveis se mantêm associadas com o desfecho do estudo, com exceção dos locais com Índice de Gini superior a 0,56. No modelo final, pode-se observar aumento de 5% no tempo de encaminhamento para o serviço especializado

de fisioterapia nos locais em que a equipe não recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho: razão de prevalência (RP) = 1,05; intervalo de confiança (IC) = 1,03-1,09. Conforme apresentado na Tabela 2, observou-se, também, aumento de 4% nas equipes em que a gestão não disponibiliza informações que auxiliem na análise de situação de saúde (RP = 1,04; IC = 1,01-1,08); aumento de 5% nas equipes que não recebem apoio para a discussão dos dados de

monitoramento do sistema de informação (RP = 1,05; IC = 1,02-1,08); aumento de 15% nas equipes que não recebem apoio institucional permanente (RP = 1,15; IC = 1,13-1,17); aumento de 26% nas equipes que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados (RP = 1,26; IC = 1,23-1,30); e aumento de 10% nas equipes que não são apoiadas pelo fisioterapeuta do NASF (RP = 1,10; IC = 1,08-1,13) (Tabela 2).

Tabela 1 - Relação entre o desfecho "tempo de encaminhamento para fisioterapia" (em dias) e as variáveis independentes do estudo

Variáveis	Tempo de encaminhamento para fisioterapia		
	Média (IC 95%)	p-valor	RP (IC 95%)
A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?			
Sim	26,13 (25,49-26,78)	-	1
Não	30,40 (28,66-32,14)	<0,0001	1,07 (1,05-1,09)
A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise da situação de saúde?			
Sim	26,41 (25,77-27,04)	-	1
Não	29,24 (27,27-31,31)	<0,0001	1,14 (1,12-1,16)
A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação?			
Sim	26,09 (25,43-27,75)	-	1
Não	29,61 (28,11-31,11)	<0,0001	1,05 (1,03-1,06)
Sua equipe recebe apoio institucional permanente?			
Sim	25,33 (24,70-25,96)	-	1
Não	35,31 (33,30-37,32)	<0,0001	1,22 (1,20-1,24)
A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?			
Sim	25,94 (25,19-26,70)	-	1
Não	29,45 (28,21-30,69)	<0,0001	1,03 (1,01-1,04)
A equipe de Atenção Básica obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas sobre os usuários encaminhados?			
Sim, sempre	21,58 (19,86-23,30)	-	1
Sim, na maioria das vezes	22,56 (21,49-23,63)	<0,0001	1,08 (1,07-1,05)
Sim, poucas vezes	30,09 (29,12-31,07)	<0,0001	1,19 (1,17-1,21)
Não há retorno	27,18 (25,84-28,52)	<0,0001	1,33 (1,31-1,37)
A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?			
Sim	42,92 (40,93-44,91)	-	1
Não	22,56 (22,01-23,12)	<0,0001	1,04 (1,03-1,05)
Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) com fisioterapeuta			
Sim	23,91 (23,17-24,65)	-	1
Não	37,04 (33,93-40,15)	<0,0001	1,14 (1,12-1,17)
Índice de Gini			
Até 0,49	21,47 (20,74-22,20)	-	1
De 0,50 a 0,55	24,53 (23,54-25,53)	0,863	1,00 (0,95-1,07)
Acima de 0,56	35,85 (34,42-37,28)	0,008	0,90 (0,84-1,97)
Índice de Desenvolvimento Humano			
Até 0,651	12,59 (12,24-12,93)	-	1
De 0,652 a 0,739	21,21 (20,47-21,96)	<0,0001	1,39 (1,32-1,47)
Acima de 0,739	46,82 (45,27-48,38)	<0,0001	1,96 (1,82-2,11)

Nota: RP = razão de prevalência; IC = intervalo de confiança.

Tabela 2 - Análise da regressão multinível de Poisson para o tempo de encaminhamento para o serviço especializado de fisioterapia e as variáveis independentes do estudo

Variáveis	Modelo nulo	Modelo 1		Modelo 2		Modelo final	
		RP (95%IC)	p-valor	RP (95%IC)	p-valor	RP (95%IC)	p-valor
1º Nível (Equipes)							
A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?							
Sim	-	1	-	1	-	1	-
Não	-	1,07 (1,05-1,09)	<0,001	1,05 (1,03-1,09)	<0,001	1,05 (1,03-1,09)	<0,001
A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?							
Sim	-	1	-	1	-	1	-
Não	-	1,14 (1,12-1,16)	<0,001	1,04 (1,01-1,08)	0,015	1,04 (1,01-1,08)	0,016
A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação?							
Sim	-	1	-	1	-	1	-
Não	-	1,05 (1,03-1,06)	<0,001	1,05 (1,02-1,08)	0,001	1,05 (1,02-1,08)	0,001
A equipe recebe apoio institucional permanente?							
Sim	-	1	-	1	-	1	-
Não	-	1,22 (1,20-1,24)	<0,001	1,15 (1,13-1,17)	<0,001	1,15 (1,13-1,17)	<0,001
A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?							
Sim	-	1	-	1	-	1	-
Não	-	1,03 (1,01-1,04)	<0,001	0,97 (0,96-0,99)	<0,001	0,97 (0,96-0,99)	<0,001
A equipe de Atenção Básica obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas sobre os usuários encaminhados?							
Sim, sempre	-	1	-	1	-	1	-
Sim, na maioria das vezes	-	1,08 (1,07-1,05)	<0,001	1,08 (1,06-1,11)	<0,001	1,08 (1,06-1,11)	<0,001
Sim, poucas vezes	-	1,19 (1,17-1,21)	<0,001	1,16 (1,14-1,20)	<0,001	1,17 (1,14-1,19)	<0,001
Não há retorno	-	1,33 (1,31-1,37)	<0,001	1,26 (1,23-1,30)	<0,001	1,26 (1,23-1,30)	<0,001
A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?							
Sim	-	1	-	1	-	1	-
Não	-	1,04 (1,03-1,05)	<0,001	1,01 (1,00-1,03)	0,075	1,02 (1,00-1,04)	0,026
Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) com fisioterapeuta							
Sim	-	1	-	1	-	1	-
Não	-	1,14 (1,12-1,17)	<0,001	1,11 (1,08-1,14)	<0,001	1,10 (1,08-1,13)	<0,001
2º Nível							
Índice de Gini							
Até 0,49	-	-	-	-	-	1	-
De 0,50 a 0,55	-	-	-	-	-	1,09 (1,00-1,19)	0,044
Acima de 0,56	-	-	-	-	-	0,98 (0,86-1,07)	0,610
Índice de Desenvolvimento Humano							
Até 0,651	-	-	-	-	-	1	<0,001
De 0,652 a 0,739	-	-	-	-	-	1,40 (1,30-1,52)	<0,001
Maior que 0,739	-	-	-	-	-	2,19 (1,97-2,43)	<0,001
Efeitos aleatórios							
Variância (95%IC)	0,053 (0,048-0,057)	0,056 (0,054-0,058)	-	0,043 (0,040-0,048)	-	0,056 (0,054-0,058)	-
LR teste	<0,001	<0,001	-	<0,001	-	<0,001	-

Nota: Para todos os modelos, n = 29,778. IC = intervalo de confiança; LR Teste = teste de razão de verossimilhança (χ^2 , p-valor).

Quanto às variáveis contextuais, observa-se associação da variável desfecho com o IDH (RP = 2,19; IC = 1,97-2,43) e associação do Índice de Gini apenas nos locais com índice intermediário (Gini de 0,50 a 0,55) (RP = 1,09; IC = 1,00-1,19) (Tabela 2).

Discussão

Este estudo propôs uma análise multinível para identificar quais fatores estão associados ao tempo de espera para o serviço especializado de fisioterapia, observando fatores em nível de equipe de saúde e fatores contextuais. Encontrou-se associação entre o tempo de encaminhamento para fisioterapia e equipes de saúde que recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho naquelas em que a gestão disponibiliza informações sobre a situação de saúde, quando a equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação, nas equipes que recebem apoio institucional permanente, nas que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas sobre os usuários encaminhados e naquelas que são apoiadas pelo fisioterapeuta do NASF, com associação ainda para o Índice de Gini e o IDH.

Percebe-se que houve associação entre critérios de organização, planejamento e gestão com um menor tempo de espera. O trabalho de gestão dos profissionais da APS amplia a participação dos profissionais deste nível de atenção e tende a estreitar os laços com centrais de regulação.¹⁸ Observa-se, ainda, que um sistema de APS organizado e com capacidade de gestão na regulação pode produzir mais informações e qualificações que subsidiem a tomada de decisão, enquanto baixa qualificação pode limitar condições que poderiam ser resolutivas na APS e gerar filas excessivas e aumento no tempo de espera.^{18,19} Considerando as potencialidades das Redes de Atenção à Saúde, que se desenvolvem com base em um conjunto de elementos em que a APS funciona como centro comunicador para os serviços especializados, sistemas de apoio, de logística e de governança, uma boa gestão e organização dos serviços primários contribuiria para uma melhor resolutividade das condições de saúde.^{19,20}

O resultado positivo encontrado para um menor tempo de encaminhamento nas equipes que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas confirma a importância da boa comunicação entre os

níveis de saúde para melhor oferta de seus serviços. O principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O Ministério da Saúde define este sistema como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho, que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família.²¹ A referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha pacientes para um serviço de maior complexidade, acompanhando-o e marcando seu atendimento. A contrarreferência acontece quando a situação é resolvida e o paciente é encaminhado novamente ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento.²² A política de regulação tem como premissa a viabilização do cuidado integral, resguardando a qualidade e a equidade na atenção à saúde, consoante com as necessidades dos usuários, sem perder de vista sua pluralidade epidemiológica, sanitária e social. A estruturação do complexo regulador surge como estratégia de organizar a oferta e demanda em saúde, firmando pactos de compromissos entre gestores, profissionais do serviço e usuários.²³

Os estudos de Protasio et al.²⁴ e Pereira et al.,²⁵ contudo, apontam para uma descontinuidade do processo de regulação pela baixa ocorrência e efetividade da ação de contrarreferência dos serviços encaminhados e prestados na Atenção Básica. Isso fragiliza o mecanismo de controle do usuário dentro da rede e diminui sua adesão, ferindo o princípio da longitudinalidade do cuidado, haja vista que não é realizado o acompanhamento contínuo dos casos dentro da rede.

No presente estudo, observou-se que nas equipes que eram apoiadas por equipes do NASF e que possuíam fisioterapeuta na equipe, o tempo de espera para o serviço especializado de fisioterapia era menor. Atualmente o NASF é a principal forma de inserção do fisioterapeuta no nível primário de atenção. Ao avaliarem dados da lista de espera para a fisioterapia no nível secundário em um município brasileiro, Ferrer et al.⁶ observaram que 88% dos encaminhamentos eram realizados pelos centros de especialidades médicas do município, sendo os principais casos osteoartroses (36%), lombalgias/lombociatalgias (21%) e tendinites (15%). Além disso, a equipe de fisioterapia identificou que 72% dos pacientes não necessitavam do serviço especializado de fisioterapia naquele momento.⁶

A presença de um fisioterapeuta na APS pode melhorar a interlocução entre estes profissionais e a utilização de critérios adequados para a triagem e encaminhamento para o serviço especializado, diminuindo a lista de espera e, por consequência, o tempo de espera.⁶ O fisioterapeuta já vem sendo implementado como profissional de primeiro contato na realidade de outros países como Inglaterra, Escócia, País de Gales, entre outros, nos quais observa-se um percentual de 86% de encaminhamentos adequados.^{26,27}

Quanto às variáveis contextuais, observou-se relação direta entre o IDH e o tempo de espera, mostrando que as cidades com maiores índices de desenvolvimento possuem um maior tempo de espera. Este resultado pode ter ocorrido devido às políticas governamentais que visam aumentar o acesso, principalmente na APS, por meio do Programa Saúde da Família. Neste sentido, e com base no princípio da equidade, municípios com maior vulnerabilidade e com baixo IDH podem receber maiores investimento neste setor.^{28,29} Quanto ao Índice de Gini, observou-se associação apenas entre as cidades com melhores indicadores e indicadores intermediários. Medidas de desigualdade parecem estar associadas com problemas de saúde em estudos envolvendo grandes áreas, na qual a unidade de análise seja país, pois estes são mais influenciados por políticas nacionais do que estaduais. Além do mais, observa-se em outros estudos que a desigualdade de renda ainda é uniforme em todo o Brasil, o que dificulta sua interpretação.^{13,14}

Apesar dos resultados encontrados, esse estudo apresenta algumas limitações por se tratar de um levantamento de dados secundários, adquiridos por plataformas públicas, e porque uma parcela da população é assistida pela saúde suplementar, não entrando nas estatísticas do estudo. Contudo essa limitação não minimiza sua plausibilidade, pois foram utilizadas fontes de dados do governo brasileiro, que são o meio de avaliar indiretamente a qualidade assistencial dos serviços de atenção primária. Além disso, trata-se de um estudo de corte transversal, que impossibilita a inferência de relação de causa e efeito. Estudos longitudinais talvez confirmem a relação de causa e efeito de algumas variáveis independentes sobre o desfecho do estudo. Ainda, o modelo teórico explicativo assumido é reducionista, diante da complexidade de fatores que afetam o tempo de encaminhamento para o serviço especializado. No entanto tais limitações não invalidam as descobertas aqui apresentadas. Estudos posteriores podem complementar esses achados e aprofundar a discussão.

Conclusão

O tempo de encaminhamento para o serviço especializado de fisioterapia mostrou-se associado tanto com fatores de organização e gestão do sistema quanto com variáveis contextuais. Compreender os fatores que mais contribuem para a continuidade do fluxo dos usuários na rede de atenção à saúde pode resultar em melhores indicadores. O tempo de espera para um atendimento de fisioterapia pode repercutir em ganhos funcionais ou prejuízos significativos, quando este se torna excedente. A organização dos fluxos, somada à comunicação contínua e participação dos profissionais de primeiro contato na APS, parece contribuir com a melhor qualidade dos serviços.

Contribuição dos autores

SJCA foi o idealizador do projeto, tendo realizado a concepção, análise e interpretação dos dados, e ficou responsável pela redação do manuscrito. CGS, GJBS e AGR contribuíram para a análise e discussão dos dados e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final.

Referências

1. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [Link de acesso](#)
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. [DOI](#)
3. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OU. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010;20(3):953-72. [DOI](#)
4. Brasil. Portaria 2.436, de 21 setembro, 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2017. [Link de acesso](#)
5. Gomes CBS, Guiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Cienc Saude Coletiva*. 2020;25(4):1327-37. [DOI](#)

6. 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 Pesq.* 2015;22(3):223-30. [Link de acesso](#)
7. Canadian Institute for Health Information. Wait time information in priority areas: definitions. 2022 [acesso 6 out 2022]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y4nssfa3>
8. Ministry of Health. Targeting waiting times. Wellington: Ministry of Health; 2013. 28 p. [Link de acesso](#)
9. Nascimento MI, Silva GA. Efeito do tempo de espera para radioterapia na sobrevida geral em cinco anos de mulheres com câncer do colo do útero, 1995-2010. *Cad Saude Publica.* 2015;31(11):2437-48. [DOI](#)
10. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 62 p. [Link de acesso](#)
11. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 38 p. [Link de acesso](#)
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [acesso 18 dez 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>
13. Barros RPO, Foguel MNO, Ulyseia G. Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente. Vol 2. Brasília: Ipea; 2007. [Link de acesso](#)
14. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health, a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med.* 2006;62(7):1768-84. [DOI](#)
15. Nogueira RP. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. 200 p. [Link de acesso](#)
16. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Suécia: Institute for Futures Studies; 1991.
17. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis.* 2007;17(1):77-93. [DOI](#)
18. Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saude Debate.* 2015;39(esp.):184-95. [DOI](#)
19. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DAS, et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica.* 2020;54:25. [DOI](#)
20. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saude Debate.* 2014;38(esp.):358-72. [DOI](#)
21. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 36 p. [Link de acesso](#)
22. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica.* 1997;13(3):469-78. [DOI](#)
23. Lima MRM, Silva MVS, Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Silva AA. Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev Rene.* 2013;14(1):23-31. [Link de acesso](#)
24. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQAB. *Saude Debate.* 2014;38(n. esp.):209-20. [DOI](#)
25. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião CentroSul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis.* 2016;26(3):1033-51. [DOI](#)
26. 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 Pract.* 2019;69(682):e314-20. [DOI](#)
27. Halls S, Thomas R, Stott H, Cupples ME, Kersten P, Cramp F, et al. Provision of first contact physiotherapy in primary care across the UK: a survey of the service. *Physiotherapy.* 2020;108:2-9. [DOI](#)
28. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health.* 2012;11:33. [DOI](#)
29. Freitas CHSM, Forte FDS, Galvão MHR, Coelho AA, Roncalli AG, Dias SMF. Inequalities in access to HIV and syphilis tests in prenatal care in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2019;35(6):e00170918. [DOI](#)