



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 07, pp. 37425-37431, July, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19020.07.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

A REALIDADE DE USUÁRIOS ACAMADOS EM RELAÇÃO AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

Arthur de Almeida Medeiros*¹, Fernando Pierette Ferrari², Adriane Pires Batiston³
and Gustavo Christofolletti⁴

¹Instituto Integrado de Saúde, Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil; ²Instituto Integrado de Saúde, Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil; ³Instituto Integrado de Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil; ⁴Instituto Integrado de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 11th April, 2020

Received in revised form

14th May, 2020

Accepted 03th June, 2020

Published online 24th July, 2020

Key words:

Health Services Accessibility;
Disabled Persons; Rehabilitation Services;
Primary Health Care.

*Corresponding author:

Arthur de Almeida Medeiros,

ABSTRACT

This article aims to get to know the profile of bedridden users and describe how access to rehabilitation services occur. This is a population-based cross-sectional study in which bedridden users residing in urban regions with coverage of the family health strategy in the northern health district of Campo Grande / Mato Grosso do Sul were invited to participate. Home interviews were conducted where data on clinical profile, sociodemographic data and on access to rehabilitation services were collected. 283 bedridden users participated in the study, the majority of whom were women (59.7%), with neurological dysfunction (52.7%), class C socioeconomic status (58.0%) and who were not referred to any rehabilitation service (51.2%). Physical therapy was the rehabilitation service that received the most demand for referral (89.8%) and it was found that the lack of places and the difficulty of locomotion / transportation were the main limitations both for access to rehabilitation services and for the continuity of care. The results of this study demonstrate the urgent need for (re) structuring the care network for this population.

Copyright © 2020, Arthur de Almeida Medeiros et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Arthur de Almeida Medeiros et al. "A realidade de usuários acamados em relação ao acesso aos serviços de reabilitação", *International Journal of Development Research*, 10, (07), 37425-37431.

INTRODUCTION

Os sistemas de atenção à saúde são definidos como o conjunto de ações que apresentam como objetivo principal a promoção, a restauração e a manutenção da saúde das pessoas (WHO, 200), e se constituem como respostas sociais organizadas para atender as necessidades, as demandas e as preferências das sociedades (Mendes, 2011). Portanto, estudar e entender os sistemas de atenção à saúde e as condições de saúde se mostra como etapa fundamental de qualquer discussão sobre este tema, uma vez que somente a partir da compreensão destes processos será possível debater e construir caminhos e estratégias para o cuidado integral; e que realmente atendam às necessidades de saúde da população. A atual situação de saúde da população, na qual se observa a acelerada transição demográfica e a elevada prevalência das condições crônicas e

suas complicações, tem gerado um cenário de grandes limitações que potencializam o desenvolvimento de incapacidades funcionais, permanentes ou transitórias, resultando no crescimento da demanda por serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica, física e de recursos humanos para o tratamento das mesmas (Mendes, 2011; Schramm *et al.*, 2004; Thumé *et al.*, 2010; Viana *et al.*, 2013). Frente a esta realidade é possível compreender os dados do censo demográfico de 2010 que identificou que no Brasil 23,9% da população é constituída por pessoas com deficiência. Campo Grande, a capital do Estado de Mato Grosso do Sul, segundo o censo de 2010, apresentava uma população de 786.797 habitantes, sendo que deste total, 28,6% eram de pessoas com deficiência (IBGE, 2010). O censo organizou os questionários de maneira a obter também o grau de severidade da deficiência

classificando-as em: não consegue de modo algum, tem grande dificuldade ou tem alguma dificuldade. Assim, na população com deficiência motora residente em Campo Grande, observou-se que 33.242 pessoas apresentavam deficiência motora “com alguma dificuldade”, 13.674 pessoas foram classificadas “com grande dificuldade” e 3.331 pessoas foram categorizadas em “não conseguem de modo algum” – neste último caso, as pessoas totalmente dependentes e restritas ao domicílio⁶. Assim, verifica-se que em Campo Grande há um substancial número de pessoas que necessitam de cuidados especializados, contudo, grande parte destas pessoas se encontram sem acesso aos serviços de reabilitação, conforme já observado em outro estudo (Silva *et al.*, 2014). A soma de diversos fatores como a insuficiência da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município, a falta de notificação dos usuários restritos ao domicílio e a ausência de um indicador epidemiológico que utilize a funcionalidade como referência indicam que estudos desta natureza se mostram de extrema importância por permitir o conhecimento a respeito desta população. Assim, o presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil de usuários acamados, assistidos pelas equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família do distrito sanitário norte de Campo Grande/MS, e descrever como ocorre o acesso aos serviços de reabilitação por estes usuários.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal de base populacional, realizado entre agosto e novembro de 2015, no qual foram convidados a participar os usuários acamados assistidos pelas equipes de saúde da ESF do distrito sanitário norte de Campo Grande/MS. Para este estudo adotou-se conceito de acamados estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, que define indivíduos acamados como “toda pessoa restrita ao seu próprio domicílio, por qualquer inabilidade e/ou incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde”. Inicialmente procedeu-se a identificação dos usuários acamados e por não haver um sistema de informação com estes dados, cada uma das equipes de saúde da família foi visitada pelo pesquisador responsável e após apresentação da proposta do estudo e realizado esclarecimento sobre os critérios para identificação dos usuários a serem inseridos na pesquisa, foi solicitado que cada agente comunitário de saúde (ACS) realizasse em sua microárea, o levantamento de usuários com as características definidas para inclusão no estudo. Para tanto, cada ACS recebeu um formulário para que informassem o nome, endereço e telefone dos usuários identificados como potenciais participantes do estudo. A partir das listagens fornecidas, os pesquisadores dirigiram-se aos domicílios e após a confirmação da condição de acamado do usuário e prestadas às informações sobre os objetivos do estudo, realizava-se a coleta de dados com o usuário ou cuidador que concordassem em participar voluntariamente do estudo. A partir do levantamento realizado pelos ACS foram identificados 541 usuários considerados elegíveis a participarem do estudo. No ato da visita do pesquisador 119 usuários não se enquadraram na definição de acamados, 69 não aceitaram participar da pesquisa, 42 não foram encontrados em suas residências no momento da visita, 19 não residiam no endereço informado, 4 haviam falecido e 5 não possuíam condições cognitivas para responder ao instrumento da pesquisa, sendo a amostra final do estudo constituída por 283 usuários. A coleta se deu por meio de uma entrevista realizada

por pesquisadores treinados para a aplicação do instrumento. Previamente à coleta de dados realizou-se um teste piloto em 30 usuários acamados residentes em outro distrito sanitário, a fim de testar o questionário e os pesquisadores na técnica de abordagem e método de coleta de dados, e após as adequações necessárias iniciou-se a coleta de dados do presente estudo. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento estruturado desenvolvido exclusivamente para esta pesquisa, o qual continha questões referentes às variáveis: idade (descrita em anos de vida); sexo (feminino; masculino); condição clínica (disfunção neurológica, disfunção musculoesquelética, disfunção cardiocirculatória, outras disfunções e senilidade); nível socioeconômicos (classificados em A B C D e E, conforme Classificação Econômica do Brasil – 2014); encaminhamento aos serviços ou profissionais da reabilitação (sim; não); tipo de serviço de reabilitação (Fisioterapia; Fonoaudiologia; Psicologia; Nutrição e Terapia Ocupacional); acesso ao serviço a que foi encaminhado (sim; não); motivo pelo qual não teve acesso (Falta de vagas; dificuldade de locomoção /transporte; dificuldades financeiras ou optou em não realizar o tratamento); tempo decorrido entre o encaminhamento e o acesso ao serviço (descrito em meses); dificuldade em manter/concluir o tratamento (sim; não); tipo de dificuldade para manter/concluir o tratamento (dificuldade de locomoção/transporte; falta de vagas; dificuldades financeiros; longa distância; dificuldade com horário; desistência; desenvolvimento de outros problemas de saúde); tipo de serviço utilizado (SUS; serviço privado; plano de saúde; outros); utilização de serviço de saúde atualmente (sim;não); motivos para não utilização de serviços atualmente (Dificuldade de locomoção/transporte; falta de vagas; abandono por motivação própria; alta do tratamento). As variáveis foram analisadas de forma descritiva e bivariada, utilizando-se os testes do qui-quadrado e de ANOVA com post hoc de Tukey. Para as análises utilizou-se o software SPSS®, versão 23.0, considerando nível de significância de 5%. O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (parecer nº 1.044.750 de 30/04/2015). Todos os participantes foram orientados sobre o estudo e após o esclarecimento de todas as dúvidas, havendo interesse em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESULTADOS

Participaram deste estudo 283 usuários acamados identificados pelos ACS que atenderam aos critérios de inclusão e que optaram em participar voluntariamente da pesquisa. Dentre os usuários avaliados verificou-se que a idade média foi de 65,1±25,6 anos (média±desvio padrão), variando entre 1 e 102 anos, sendo que a maioria era do sexo feminino (n=169; 59,7%), apresentava disfunções neurológicas (n=149; 52,7%), nível socioeconômico classe C (n=164; 58,0%) e não foi encaminhado a nenhum serviço de reabilitação (n=145; 51,2%). Dentre os usuários que foram encaminhados a algum serviço de reabilitação, constata-se que o serviço de fisioterapia foi o que mais recebeu demanda de encaminhamentos (n=124; 89,8%), seguido do serviço de fonoaudiologia (n=50; 36,2%) e de psicologia (n=40; 29,0%) (Tabela 1). Na análise sobre o acesso aos serviços de reabilitação observou-se que dentre os serviços que os usuários foram encaminhados, os que eles tiveram mais acesso foram: fisioterapia (n=112; 90,3%), fonoaudiologia (n=48; 96,0%) e

Tabela 1. Perfil e acesso aos serviços de reabilitação de usuários acamados assistidos pelas equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do distrito sanitário norte de Campo Grande

Variáveis	Frequências	
Sexo (n=283)	n	%
Feminino	169	59,7
Masculino	114	40,3
Condição Clínica (n=283)		
Disfunção Neurológica	149	52,7
Disfunção Musculoesquelética	45	15,9
Senilidade	40	14,1
Disfunção Cardiocirculatória	30	10,6
Outras Disfunções	19	6,7
Nível Socioeconômico (n=283)		
A e B	47	16,6
C	164	58,0
D e E	72	25,4
Foi encaminhado a algum serviço ou profissional da reabilitação? (n=283)		
Sim	138	48,8
Não	145	51,2
Serviço de Reabilitação ao qual foi encaminhado (n=138)		
Fisioterapia	124	89,8
Fonoaudiologia	50	36,2
Psicologia	40	29,0
Nutrição	30	21,7
Terapia Ocupacional	23	16,7

Tabela 2. Descrição do acesso aos serviços de reabilitação pelos usuários acamados de acordo com o tipo de serviço de reabilitação

Variáveis	Fisioterapia		Fonoaudiologia		Psicologia		Nutrição		Terapia Ocupacional	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Teve acesso ao serviço encaminhado?										
Sim	112	90,3	48	96,0	39	97,5	30	100,0	23	100,0
Não	12	9,7	2	4,0	1	2,5	--	--	--	--
Motivo pelo qual não teve acesso										
Falta de vagas	8	66,7	1	50,0	1	100,0	--	--	--	--
Locomoção / Transporte	2	16,7	1	50,0	--	--	--	--	--	--
Condições Financeiras	1	8,3	--	--	--	--	--	--	--	--
Optou em não realizar	1	8,3	--	--	--	--	--	--	--	--
Tempo até ter o acesso ao serviço (meses) (média±DP)	2,7±10,4		3,7±15,9		3,5±8,7		3,5±8,4		4,2±10,4	
Apresentou dificuldade em manter/concluir o tratamento?										
Sim	57	50,9	19	39,6	12	30,8	7	23,3	10	43,5
Não	55	49,1	29	60,4	27	69,2	23	76,7	13	56,5
Quais as dificuldades apresentadas?										
Locomoção / Transporte	35	61,4	13	68,4	7	58,4	3	42,8	7	70,0
Falta de vagas	6	10,5	5	26,3	3	25,0	3	42,8	2	20,0
Problemas Financeiros	3	5,3	--	--	1	8,3	1	14,4	--	--
Distância	1	1,8	--	--	1	8,3	--	--	--	--
Desistência	8	14,0	--	--	--	--	--	--	--	--
Problemas de Saúde	4	7,0	--	--	--	--	--	--	--	--
Conflito com horário escolar	--	--	1	5,3	--	--	--	--	1	10,0
Tipo de serviço utilizado										
SUS	77	68,7	41	85,4	32	82,1	25	83,3	23	100,0
Serviço Privado	16	14,3	1	2,1	2	5,1	3	10,0	--	--
Plano de Saúde Particular	14	12,5	7	14,6	4	10,2	1	3,3	--	--
Outros	7	6,2	1	2,1	1	2,6	1	3,3	--	--
Atualmente realiza atendimento?										
Sim	40	35,7	18	37,5	18	46,2	16	53,3	14	60,9
Não	72	64,3	30	62,5	21	53,8	14	46,7	9	39,1
Motivo do encerramento do atendimento										
Locomoção / Transporte	31	43,1	11	36,7	6	28,6	3	21,4	5	55,5
Abandono	22	30,5	6	20,0	6	28,6	4	28,6	1	11,1
Falta de vagas	10	13,9	7	23,3	6	28,6	2	14,3	2	22,3
Alta	7	9,7	6	20,0	2	9,5	5	35,7	1	11,1
Problemas Financeiros	2	2,8	--	--	1	4,7	--	--	--	--

DP: desvio padrão

psicologia (n=39; 97,5%). Contudo, vale ressaltar que dentre os usuários encaminhados, existe uma parcela que não teve sua solicitação atendida e os motivos relatados foram a falta de vagas e a dificuldade de locomoção/transporte. Quanto ao tempo entre o encaminhamento e o acesso ao serviço de reabilitação, percebe-se a existência de um longo período de espera, sendo o serviço de terapia ocupacional o que apresentou maior tempo de espera (4,2±10,4 meses), e o serviço de fisioterapia o que exibiu período de espera

relativamente menor (2,7±10,4 meses) em relação aos demais. A respeito do tipo de serviço utilizado para a realização dos atendimentos percebe-se claramente que o Sistema Único de Saúde (SUS) absorveu a maioria das demandas. Em relação aos dados apresentados sobre as dificuldades em manter/concluir os atendimentos, os usuários reforçaram que os principais limitadores foram a falta de vagas e a dificuldade de locomoção/transporte, sendo estas, também, as queixas apresentadas para justificar a descontinuidade do cuidado

(Tabela 2). De acordo com a condição clínica dos usuários acamados, observou-se que os grupos são homogêneos para sexo e nível socioeconômico. O teste de ANOVA de uma via mostrou diferença significativa entre a condição clínica em relação a idade ($p < 0,001$). O post hoc de Tukey mostrou que o grupo senilidade tinha idade significativamente maior do que os grupos disfunção neurológica, disfunção musculoesquelética, disfunção cardiocirculatória e outras disfunções ($p < 0,001$, $p = 0,001$, $p = 0,003$ e $p = 0,012$, respectivamente). Observou-se que o mesmo ocorreu com o grupo disfunção Musculoesquelética em relação ao grupo disfunção neurológica ($p = 0,010$). Também foi possível identificar associação significativa entre o encaminhamento aos serviços de reabilitação e a condição clínica ($p = 0,008$) (Tabela 3). Foi observada associação significativa entre a condição clínica e o encaminhamento aos serviços de fisioterapia ($p = 0,020$) (Tabela 4).

incapacidade, elevando a necessidade de cuidados especializados, consumo de medicamentos, internações e agravos de saúde (Mendes, 2011; Amaral et al., 2012b; Pinheiro et al., 2002). Outra situação que merece destaque e já relatada em outras publicações (Viana et al., 2013; amaral et al., 2012b; Marques e Freitas, 2009; OMS, 2012; Pinheiro et al., 2002; Rodrigues e Neri, 2012; Clares et al., 2014; Burille e Gerhardt, 2014) refere-se a “feminilização do processo de envelhecimento”, que se justifica pelo maior número de mulheres acima dos 60 anos em relação aos homens. Verifica-se que a maioria dos entrevistados não foi encaminhado a nenhum serviço, caracterizando a primeira barreira para o acesso a este tipo de serviço e demonstrando assim que estes usuários se encontram sem acompanhamento especializado e com possibilidades de agravamento de seu quadro e desenvolvimento/acentuação de incapacidades. Realidade semelhante foi relatada no estudo de Amaral et al. (2012a),

Tabela 3. Análise da idade, sexo, nível socioeconômico e encaminhamento ao serviço de reabilitação de acordo com a condição clínica dos usuários acamados

Variáveis	Disfunção Neurológica	Disfunção Musculoesquelética	Senilidade	Disfunção Cardiocirculatória	Outras Disfunções	p
Tamanho Amostral (n)	149	45	40	30	19	-
Idade (anos±DP)	66,1±23,6 ^c	70,4±14,2 ^b	88,3±7,8 ^a	69,5±17,4 ^{b,c}	69,1±14,9 ^{b,c}	0,001 ^{†*}
Sexo						
Masculino	70	15	10	10	9	0,073 ^{††}
Feminino	79	30	30	20	10	
Nível Socioeconômico						
A e B	29	7	6	4	1	0,166 ^{††}
C	89	20	21	20	14	
D e E	31	18	13	6	4	
Encaminhado ao Serviço de Reabilitação						
Sim	83	25	11	13	6	0,008 ^{††*}
Não	66	20	29	17	13	

DP: Desvio Padrão; ^{††}Teste ANOVA com post hoc de Tukey; ^{†††}Teste do qui-quadrado; ^{a,b,c} letras diferentes indicam diferença significativa entre os grupos; ^{*}Estatisticamente significativo a nível de 5%.

Tabela 4. Associação entre acesso aos serviços de fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia com o nível socioeconômico e a condição clínica de usuários acamados

Variáveis	Acesso ao Serviço de Fisioterapia				Acesso ao Serviço de Fonoaudiologia				Acesso ao Serviço de Psicologia			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
Nível Socioeconômico	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A e B	26	96,3	1	3,7	11	100,0	-	-	11	91,7	1	8,3
C	61	88,4	8	11,6	29	93,5	2	6,5	24	100,0	-	-
D e E	25	89,3	3	10,7	8	100,0	-	-	4	100,0	-	-
P	0,601				NC				NC			
Condição Clínica	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Disfunção Neurológica	69	94,5	4	5,5	39	95,1	2	4,9	30	96,8	1	3,2
Disfunção Musculoesquelética	22	91,7	2	8,3	2	100,0	-	-	3	100,0	-	-
Senilidade	6	60,0	4	40,0	4	100,0	-	-	1	100,0	-	-
Disfunção Cardiocirculatória	11	91,7	1	8,3	2	100,0	-	-	3	100,0	-	-
Outras Disfunções	4	80,0	1	20,0	1	100,0	-	-	2	100,0	-	-
p	0,020 [*]				NC				NC			

NC: Não Calculado; ^{*}Estatisticamente significativo a nível de 5%.

DISCUSSÃO

Os dados mostraram que a maioria dos usuários entrevistados eram idosos, do sexo feminino, com disfunção neurológica e de baixo nível socioeconômico – dados estes que são sustentados pela literatura científica (Viana et al., 2013; Amaral et al., 2012^a, b; Del Duca et al., 2012; Marques e Freitas, 2009; Lopes et al., 2014; Schoeller et al., 2013). Os dados referentes à transição demográfica, no qual apresentam o aumento da expectativa de vida, sugerem que os idosos se apresentam mais suscetíveis ao desenvolvimento de condições patológicas crônicas que, caso não sejam assistidos adequadamente, poderá leva-los a uma situação de

que ressaltaram que apesar da amostra ser assistida pelas equipes de saúde da família, ou seja, população que já possuía acesso aos serviços de saúde em sua comunidade, ainda identificaram limites para o acesso integral aos demais serviços de saúde, demonstrando uma das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida para o atendimento de suas demandas em saúde. Os resultados deste estudo demonstraram que o serviço de fisioterapia foi o que recebeu maior número de encaminhamento, assemelhando-se ao que já foi observado na literatura (Ribeiro et al., 2012; Souza et al., 2016). No estudo realizado por Lucena et al. (2011), que buscou identificar a associação entre a funcionalidade de pacientes acometidos por

acidente vascular cerebral (AVC) e acessibilidade à reabilitação, identificaram que a maior procura por estes serviços ocorreu quando houve comprometimento na realização das atividades de vida diária, como uso fino da mão, recreação e lazer, deslocar-se e fala, o que pode justificar os dados encontrados nesta pesquisa referente ao elevado número de usuários encaminhados ao serviço de fisioterapia. Em um trabalho recente, Souza *et al.* (2016) ao traçarem o perfil e analisarem a demanda funcional de usuários de serviços públicos de reabilitação, sustentam tal afirmação uma vez que identificaram associação entre a maior procura pela fisioterapia com usuários que apresentavam limitação de sua funcionalidade. Sabe-se que no processo de referência existe um hiato entre o encaminhamento ao serviço de reabilitação e o acesso a estes serviços propriamente dito, onde podemos identificar mais uma barreira para o acesso. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à falta de vagas e ao elevado tempo de espera para atendimento é uma realidade nacional, já apresentada por diversos autores (OMS, 2012; Amorim *et al.*, 2013; Sousa e Ribeiro, 2011; Lima *et al.*, 2015; Fiorati e Elui, 2015; Brito *et al.*, 2012; Nunes *et al.*, 2016) e também da América Latina (Báscolo *et al.*, 2018). Báscolo *et al.* (2018) identificaram, na América Latina, que as barreiras para o acesso aos serviços de saúde são mais comuns para 20% da população mais pobre em relação aos 20% mais ricos.

A carência de vagas em Campo Grande/MS é resultante do fato de que existe apenas uma unidade especializada em reabilitação no município, o qual é insuficiente para atender as demandas dos usuários, sendo necessária a complementação dos serviços por meio de convênios firmados entre clínicas de reabilitação e a secretaria municipal de saúde. É importante destacar que além dos serviços de reabilitação, formalmente vinculados ao setor público, as clínicas escolas, ligadas as instituições de ensino superior, e as clínicas de associações civis, contribuem para a absorção das demandas não atendidas pelo centro de reabilitação e/ou clínicas conveniadas. Vale ressaltar que grande parte dos usuários acamados demandam cuidados especializados continuados, a longo prazo e multiprofissional, entretanto, na lógica da terceirização dos serviços de reabilitação a prática interprofissional é dificultada, e muitas vezes inviável, levando, conseqüentemente, a fragmentação do cuidado. Uma questão que merece destaque, que também se constitui como uma barreira ao acesso, refere-se ao longo tempo de espera entre o agendamento pelo sistema de regulação e a realização do primeiro atendimento. Sabe-se que este intervalo de tempo se constitui como um período de falta de acesso, e que, portanto, o tempo de atraso no início dos atendimentos, dependendo da condição clínica do usuário, poderá refletir no agravamento de seu quadro, repercutindo negativamente em seu prognóstico com a conseqüente necessidade de um tratamento a longo prazo, gerando maior demanda pelos serviços de saúde e onerando os custos do setor saúde.

O processo de trabalho na rede de saúde local também impacta negativamente para este dado, uma vez que os usuários ficam limitados a realizar número fixo de atendimentos devendo, ao final do tratamento, retornar ao médico de referência para reavaliação e novo encaminhamento, caso seja necessário. Este fluxo de trabalho impõe a necessidade de iniciar novo processo de agendamento, via sistema de regulação, o que leva a descontinuidade do cuidado, muitas vezes piora do quadro, e até desistência por parte do usuário. Sousa e Ribeiro (2011) argumentam que para a realização do cuidado integral é

indispensável que características do processo de trabalho, da gestão e do planejamento sejam repensadas. Os autores reforçam que esta “reforma” na organização e estruturação da rede como a quantidade de serviços ofertados, o número de profissionais em cada serviço, a territorialização das necessidades, os fluxos de encaminhamento, entre outros, devem acontecer de maneira que garanta a articulação entre os serviços. Neste sentido, o estudo que buscou caracterizar os processos de reforma do sistema de saúde de oito países da América Latina e avaliar os resultados em relação ao acesso e cobertura de saúde evidenciaram que os países que experimentaram reformas, prioritariamente, na estrutura organizacional dos serviços de saúde obtiveram melhoria de acesso (Báscolo *et al.*, 2018). A organização dos serviços de saúde no município não atende as necessidades dos usuários, uma vez que os serviços de reabilitação se encontram, na grande maioria, concentrados na área central da cidade, impondo aos usuários a necessidade de deslocar-se por longas distâncias para o atendimento, muitas vezes inviabilizando o cuidado. Observa-se que a ausência de transporte sanitário no município impacta negativamente no cuidado destes usuários, visto que muitos pacientes não apresentam condições físicas e financeiras para deslocar-se aos serviços de saúde, sendo esta mais uma condição limitadora para a integralidade do cuidado. Alguns estudos relacionaram o grau de comprometimento da funcionalidade dos usuários ao acesso aos serviços de saúde, e a forma como o deslocamento era realizado, como o estudo de Amaral *et al.* (2012a) que observaram que as pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida se deslocavam principalmente com carros alugados ou transporte particular.

O trabalho de Silva *et al.* (2014) realizado nos serviços de fisioterapia ambulatoriais do SUS no município de Campo Grande/MS, constatou que os usuários chegavam aos serviços de ônibus, bicicleta, a pé e uma pequena parcela por meio carro particular, sendo a maior parte trabalhadores com incapacidades moderadas e com condições de deslocamento independente até os serviços de reabilitação. Os estudos de Amaral *et al.* (2012a) e Silva *et al.* (2014) sugerem que os usuários com incapacidades severas, dificuldade de locomoção e sem condições financeiras para custear um carro que os transportem apresentam chances maiores de permanecer a margem do cuidado. Amaral *et al.* (2012b) afirmam que a existência de transporte, adequado e adaptados, a esta população é considerado um fator de proteção para o acesso aos serviços de saúde. Outra situação de relevância epidemiológica refere-se à insuficiência da cobertura da ESF, do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB) e do serviço de atendimento domiciliar. No município de Campo Grande/MS, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2019 a cobertura da ESF era de 48,3%, existiam 10 equipes de NASF-AB do tipo 1 implantadas e a atenção domiciliar era composta por 3 equipes multidisciplinares de atenção domiciliar e por 1 equipes multidisciplinares de apoio (Brasil, 2019), evidenciando a fragilidade do setor saúde diante do contingente populacional e extensão territorial do município. No estudo de Andrade *et al.* (2015) os autores apresentam que a ESF se mostrou como ferramenta de efetivação de um dos princípios fundamentais do SUS que é a equidade, visto que ela foi capaz de reduzir as desigualdades de acesso a saúde devido a oferta de serviços junto àqueles que mais necessitam favorecendo as famílias de menor nível socioeconômico. Com os dados obtidos na presente pesquisa associado aos dados apresentados pelo Ministério da Saúde e apoiado pelo estudo de Andrade *et al.*

(2015), fica clara a urgente necessidade de ampliação de cobertura da ESF no município com vistas a redução das iniquidades em saúde. Com exceção do serviço de terapia ocupacional que teve a totalidade dos atendimentos realizados pelo SUS, os demais serviços em sua grande maioria foram realizados pela rede pública, refletindo que apesar das dificuldades apresentadas pelos usuários este é o serviço que atende as necessidades de saúde da população e permite a realização do tratamento. O acesso aos serviços de fisioterapia apresentou associação estatística significativa com a condição clínica dos participantes, evidenciando que os usuários idosos foram os que menos tiveram acesso. Tal situação pode ser justificada pela não procura ao serviço pelo próprio usuário, ou mesmo por questões limitadoras como falta de vagas, instabilidade clínica que permita o deslocamento ao serviço de reabilitação, incompatibilidade de horários ou desistência, como já observado em outro estudo (Amorim *et al.*, 2013). Como limitação neste estudo observou-se que apesar do contato prévio realizado com as equipes de saúde para a orientação sobre a pesquisa e os critérios de inclusão, houve elevado número de usuários que não se enquadraram no critério estabelecido. Esta situação pode estar relacionada ao fato de que as equipes compreendem como acamado, e apresentam registro, apenas dos usuários restritos ao leito. Entretanto, é importante destacar que a despeito desta situação optou-se em manter tal definição como critério de inclusão uma vez que ela permite ampliar o olhar sobre a população que necessita de cuidados e acompanhamento, e que muitas vezes se encontra sem acesso aos serviços de saúde.

Considerações Finais

Foi possível observar que a maioria dos entrevistados eram mulheres idosas, com disfunção neurológica e pertencentes ao nível socioeconômico classe C. No itinerário terapêutico destes usuários identificou-se a existência de quatro barreiras para o acesso aos serviços de reabilitação, sendo a primeira relacionada ao fato de que alguns usuários não conseguem chegar aos serviços de reabilitação pela falta de encaminhamento da equipe de saúde de referência, a segunda enfrentada pelos usuários que foram encaminhados, mas que não conseguiram ter acesso diante da falta de vagas e/ou dificuldade de transporte/locomoção, a terceira vivenciada pelos usuários encaminhados, mas que necessitam esperar, às vezes, longos períodos até que consigam realizar o primeiro atendimento, e a quarta referente aos usuários que tiveram acesso, mas que não conseguiram concluir o tratamento. Os resultados deste estudo contribuem de forma relevante com a gestão municipal subsidiando o planejamento de ações de saúde que busquem reduzir a desigualdade da assistência imposta aos usuários acamados. Contudo, é importante destacar que somente a ampliação do número de vagas e a implantação do serviço de transporte sanitário não serão suficientes para a redução desta desigualdade, é preciso refletir sobre a necessidade da inserção de profissionais da reabilitação nas equipes da ESF e da criação de um indicador epidemiológico que utilize a funcionalidade como parâmetro. O cuidado deve ser ofertado de forma integral, e o modelo vigente, a priori, não tem obtido sucesso.

Agradecimentos

O presentetrabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil

(CAPES) - Código de Financiamento 001 e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

REFERÊNCIAS

- Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, Alves SB (2012a). Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Cien Saude Col.* 17(7):1833-1840.
- Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB (2012b). Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Cien Saude Col.* 17(11):2991-3001.
- Amorim JSC, Silva SLA, Pereira LSM, Dias RC (2013). Acesso aos serviços de fisioterapia e sua utilização por idosos com dor lombar. *ConScientiae Saude.* 12(4):528-535.
- Andrade MV, Noronha K, Barbosa ACQ, Rocha TAH, Silva NC, Calazans JA, Souza MN, Carvalho LR, Souza A (2015). A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2015; 31(6):1175-1187
- Báscolo E, Houghton N, Del Riego A (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 42:e126.
- Brasil (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família. [Internet]. [citado 2019 Nov 15]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatori_o.php.
- Brito TA, Jesus CS, Fernandes MH (2012). Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. *Rev Baiana Saude Publica.* 36(2):514-526.
- Burille A, Gerhardt TE (2014). Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. *Saude Soc Sao Paulo.* 23(2):664-676.
- Clares JWB, Freitas MA, Borges CL (2014). Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. *Acta Paul Enferm.* 27(3):237-242.
- Del Duca GF, Martinez AD, Bastos GAN (2012). Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Cien Saude Col.* 17(5):1159-1165.
- Fiorati RC, Elui VMC (2015). Determinantes sociais da saúde, iniquidades e inclusão social entre pessoas com deficiência. *Rev Lat Am Enfermagem.* 23(2):329-336.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Censo Demográfico 2010. [Internet]. [citado 2014 Jul 21]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.
- Lima AS, Feliciano KVO, Kovacs MH (2015). Acessibilidade à atenção fonoaudiológica em serviço de média complexidade. *Rev CEFAC.* 17(2):461-474.
- Lopes MJM, Soares JAF, Bohusch G (2014). Usuários portadores de deficiência: questões para a atenção primária de saúde. *Rev Baiana Enfermagem.* 28(1):4-12.
- Lucena EMF, Moraes JD, Batista HRL, Mendes LM, Silva KSQR, Neves RF, Brito GEG (2011). A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação. *Acta Fisiatr.* 18(3):112-118.

- Marques GQ, Freitas IBA (2009). Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma unidade básica de saúde, Porto Alegre, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 43(4):825-832.
- Mendes EV (2011). As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Nunes BP, Flores TR, Garcia LP, Chiavegato Filho ADP, Thumé E, Facchini LA (2016). Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol Serv Saude*. 25(4):777-787.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2012). Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPcD.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Col*. B7(4):687-707.
- Ribeiro KSQS, Neves RF, Brito GEG, Sousa KM, Lucena EMF, Batista HRL (2012). Acesso à reabilitação no pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. *Rev Baiana Saude Publica*. 36(3):699-712.
- Rodrigues NO, Neri AL (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Col*. 17(8):2129-2139.
- Schoeller SD, Pires FRO, Deitos BG, Santos SMA, Vargas MAO, Silva KM (2013). Aspectos da (in)dependência funcional de pessoas adscritas a um centro de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 12(1):47-55.
- Schramm JMA, Olivera AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Col*. 9(4):897-908.
- Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS (2014). Fisioterapia ambulatorial da rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção de usuários: resolutividade e barreiras. *Interface*. 18(48):75-86.
- Sousa ARB, Ribeiro KSQS (2011). A rede assistencial em fisioterapia no município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. *Rev Bras Cienc Saude*. 15(3):357-368.
- Souza MAP, Dias JF, Ferreira FB, Mancini MC, Kirkwood RN, Sampaio RF (2016). Característica e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. *Cien Saude Col*. 21(10):3277-3286.
- Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS (2010). Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saude Publica*. 44(6):1102-1111.
- Viana RAS, Zuffi FB, Ohl RIB, Chavaglia SRR (2013). Perfil socioepidemiológico de clientes com limitação de mobilidade e seus cuidadores. *Rev Enferm UERJ*. 21(4):439-445.
- World Health Organization (WHO) (2000). *Health systems: improving performance*. Geneva.
