

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

Rebeca Fonseca Barbiaro

ACESSO À FISIOTERAPIA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Porto Alegre

2022

Rebeca Fonseca Barbiaro

ACESSO À FISIOTERAPIA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como parte da obtenção do título de bacharela em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriane Vieira.

Porto Alegre

2022

RESUMO

Introdução: O conhecimento sobre como tem sido o acesso à fisioterapia da população brasileira usuária da rede de atenção à saúde é relevante para que possamos entender a necessidade de implementação de ações e políticas públicas que visem a inserção deste profissional na rede de serviços prestados à população.

Objetivo: O objetivo deste estudo é revisar na literatura brasileira, como as pesquisas têm abordado questões relacionadas ao acesso à fisioterapia no Brasil.

Metodologia: O delineamento escolhido foi a Revisão de Escopo. Foram selecionados artigos que tiveram como participante qualquer pessoa que fizesse parte da população brasileira sem restrição de faixa etária, gênero, raça/cor ou qualquer outra característica. O critério central para inclusão do estudo na revisão era ter como objetivo pesquisar o acesso à fisioterapia, no âmbito privado ou público, em qualquer nível de atenção à saúde.

Resultados: Foram selecionados 13 artigos para a análise final dos resultados. Observou-se heterogeneidade na forma com que os estudos abordam e analisam as questões relacionadas ao acesso aos serviços de fisioterapia no Brasil, as populações e regiões do país investigadas. Alguns pontos em comum entre os estudos foram um foco predominante no acesso à atenção secundária e nos problemas crônicos de saúde. A maioria dos estudos identificou um desequilíbrio entre demanda e oferta dos serviços, falta de encaminhamento para a fisioterapia e dificuldades relacionadas à distância e falta de transporte até os serviços.

Considerações Finais: São diversas as populações e regiões do país investigadas, porém foi possível identificar alguns pontos em comum discutidos pelos autores. Entre eles estão o foco na análise de serviços de atenção secundária, relacionado à característica da própria profissão; a falta de serviços e profissionais; o déficit de encaminhamento para a fisioterapia e a dificuldade dos usuários para chegarem aos serviços devido à distância e custos do transporte.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Fisioterapia. Brasil.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Normas de publicação da Revista Cadernos de Saúde Coletiva	36
---	----

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	6
2	ARTIGO	7
	REFERÊNCIAS	33
	ANEXOS	36

1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa se refere ao Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ESEFID/UFRGS), para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia. Em vivências ao longo do período da Universidade, pude perceber que a fisioterapia era pouquíssimo inserida em espaços de discussão e construção de Saúde Coletiva. Com o passar do tempo, tive conhecimento de que isto acontece pela profissão não ter muito espaço nos serviços públicos dentro da própria organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha do tema deste estudo surgiu a partir do meu interesse pela saúde pública e da necessidade de entender melhor o quanto a população brasileira, no contexto do SUS, tem recebido atendimento fisioterapêutico.

A revista escolhida para a submissão do artigo foi a *Cadernos Saúde Coletiva*, que tem como missão

Contribuir para a consolidação e desenvolvimento do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, afirmando seu caráter multidisciplinar e seu compromisso com as transformações sociais que resultem em benefícios para a saúde de populações humanas, através da divulgação de pesquisas originais de cunho teórico e/ou aplicado de interesse para a saúde pública (Cadernos de Saúde Coletiva, 2022).

As normas exigidas pela revista para publicação são apresentadas ao final do trabalho (Anexo A).

2 ARTIGO

Acesso à Fisioterapia no Brasil: uma revisão de escopo

Access to Physical Therapy in Brazil: a scope review

RESUMO

Introdução: O conhecimento sobre como tem sido o acesso à fisioterapia da população brasileira é relevante para que possamos entender a necessidade de implementação de ações e políticas públicas que visem a inserção deste profissional na rede de serviços prestados à população. **Objetivo:** Revisar na literatura brasileira, como as pesquisas têm abordado questões relacionadas ao acesso à fisioterapia no Brasil. **Metodologia:** O delineamento escolhido foi a Revisão de Escopo. Foram selecionados artigos que tiveram como participante qualquer pessoa que fizesse parte da população brasileira. O critério central para inclusão do estudo foi ter como objetivo pesquisar o acesso à fisioterapia. **Resultados:** Foram selecionados 13 artigos para a análise. Observou-se heterogeneidade na forma com que os estudos abordam e analisam as questões relacionadas ao acesso aos serviços de fisioterapia no Brasil. Alguns pontos em comum entre os estudos foram um foco predominante no acesso à atenção secundária e nos problemas crônicos de saúde. **Considerações Finais:** Os estudos possuem foco na análise de serviços de atenção secundária, relacionado à característica da própria profissão; a falta de serviços e profissionais; o déficit de encaminhamento para a fisioterapia e a dificuldade dos usuários para chegarem aos serviços devido à distância e custos do transporte.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Fisioterapia. Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Knowledge about how the access to physical therapy became relevant for the Brazilian population that uses the health care network. We can understand the need to implement public actions and policies aimed at the insertion of this professional in the network of services provided to the population. **Objective:** Review in the Brazilian literature how research has addressed issues related to access to

physical therapy in Brazil. **Methodology:** The design chosen was the Scope Review. Articles selected had to have as a participant any person who was part of the Brazilian population. The central criterion for including the study in the review was the aim to research access to physical therapy. **Results:** 13 articles were selected for the final analysis. Heterogeneity was observed in the way studies approach and analyze issues related to access. Some commonalities between the studies were a predominant focus on access to secondary care and on chronic health problems. **Conclusion:** The studies had focus on the analysis of secondary care services, related to the characteristic of the profession itself; the lack of services and professionals; the deficit in referral to physiotherapy and the difficulty of users to reach services due to distance and transport costs.

Keywords: Health services access. Physiotherapy. Brazil.

INTRODUÇÃO

O conceito de acesso aos serviços de saúde é fluido, podendo variar conforme ocorrem mudanças na estrutura social e nas necessidades de tratamento e cuidado em saúde. Na atualidade, a maioria dos autores concorda que o acesso envolve questões multidimensionais, envolvendo fatores individuais e sociopolíticos, assim como características de oferta e circunstâncias que podem ser vistos como facilitadores ou barreiras na efetivação do uso dos serviços pela população¹. Sanchez e Ciconelli² salientam que é importante pensar em quatro dimensões quando se avalia o acesso à saúde: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

A fisioterapia está presente em todos os níveis de atenção à saúde e, assim como outras formas de cuidado em saúde, é direito de todos e seu fornecimento à população é um dever do Estado³. Entretanto, nos 30 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), apesar da notável a expansão dos serviços de saúde

oferecidos à população, ainda existe uma grande parte do povo brasileiro que tem acesso precário ou nenhum acesso a esses profissionais⁴.

Na atenção primária, a inserção do fisioterapeuta se torna possível a partir da portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008⁵, que possibilita a implementação pelas prefeituras dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Entretanto, a composição do NASF é definida pelos gestores municipais, que propõem projetos para suas cidades, devendo seguir os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e necessidades locais das equipes de saúde, não havendo, necessariamente, a presença de fisioterapeuta nessas equipes.

No que se refere aos serviços de média complexidade, diferente do grande investimento na atenção primária após a regulamentação do SUS, houve pouco investimento em todas as áreas, incluindo a fisioterapia, causando disparidade de oferta entre os serviços públicos e privados⁶. Os problemas encontrados neste nível de atenção estão relacionados tanto à qualidade e subfinanciamento dos serviços, quanto à pouca integração com os demais níveis de complexidade. Essa falta na oferta de serviços de média complexidade, leva a uma repressão da demanda e a um longo tempo de espera para dar início ao atendimento⁷.

No âmbito hospitalar, diferentemente dos demais níveis de atenção à saúde, o acesso ao cuidado fisioterapêutico durante o período de internação hospitalar tem sido garantido, principalmente depois da aprovação do Projeto de Lei nº 1985/2019⁸ que dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de fisioterapeuta 24h nas CTIs. Porém, neste nível de atenção, o contato do fisioterapeuta com o paciente é breve, focando na redução do tempo de internação para diminuir as chances de aquisição dos efeitos deletérios da permanência no leito, mas sem garantir um cuidado no longo prazo após a alta hospitalar⁹.

O conhecimento sobre o acesso aos serviços de fisioterapia é relevante para que possamos entender a necessidade de ações e políticas públicas que visem o atendimento universal, integral e equânime junto ao SUS. No Brasil, ainda se tem poucas pesquisas sobre acesso da população aos serviços de fisioterapia. Assim, o objetivo deste estudo foi o de investigar como as pesquisas têm abordado questões relacionadas ao acesso aos serviços de fisioterapia no Brasil, visando contribuir para o melhor entendimento sobre o tema e instigar outros pesquisadores a darem atenção para estas questões.

METODOLOGIA

Levando em consideração o objetivo da pesquisa e o pouco volume de literatura disponível, o delineamento escolhido foi a Revisão de Escopo. Este tipo de revisão não busca identificar um ponto preciso e não foca nas aplicações diretas na prática clínica. Um dos principais objetivos de uma revisão de escopo é o mapeamento de evidências emergentes, fornecendo uma visão mais ampla das evidências e respondendo a questões sobre a natureza e diversidade do conhecimento disponível, podendo também identificar lacunas no conhecimento e esclarecer conceitos chave sobre o tema escolhido¹⁰. A Revisão de Escopo foi registrada na plataforma *Open Science Framework* e utilizou o *checklist* PRISMA-ScR como base para o protocolo de pesquisa.

O critério central para inclusão do estudo na revisão, estava relacionado aos objetivos do estudos, tendo este que apresentarem como objetivo, pesquisar o acesso à fisioterapia no Brasil, no âmbito privado ou público, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, não havendo restrição em relação a faixa etária, gênero, raça/cor ou qualquer outra característica.

A estratégia de busca foi organizada em três etapas, seguindo as orientações do Manual para Síntese de Evidências da JBI¹⁰. A primeira etapa consistiu em uma pesquisa inicial nos bancos de dados Google Acadêmico e Scielo, utilizando as palavras chave “acesso” e “serviços de fisioterapia” e “Brasil”, seguida por uma análise das palavras contidas no título, resumo e palavras-chave da literatura encontrada, objetivando definir os descritores mais apropriados para a realização da revisão. A partir dessa análise, os descritores escolhidos foram “fisioterapia” e “acesso aos serviços de saúde”. A segunda etapa consistiu na pesquisa, utilizando as palavras-chaves identificadas na etapa anterior, nos bancos de dados Scielo, PEDro, BVS e MEDLINE. Na terceira e última etapa, foram analisadas as listas de referências de toda a literatura resgatada durante a fase dois em busca de fontes adicionais. Todas as etapas foram realizadas por duas revisoras de forma independente e qualquer divergência entre as revisoras foi resolvida por consenso.

As informações sobre os estudos que se enquadraram nos critérios de inclusão foram organizadas em cinco tabelas pensadas a partir das dimensões de acesso descritas por Sanchez e Ciconelli²: (1) dados gerais, (2) disponibilidade, (3) capacidade de pagamento, (4) informação e (5) aceitabilidade. As considerações sobre o acesso foram analisadas de forma qualitativa.

RESULTADOS

Foram selecionados 13 artigos para a análise final dos resultados (Figura 1). Estes foram analisados através de cinco tabelas, sendo o Quadro 1 de dados gerais e as Quadros 2 a 5 relacionadas à cada dimensão do acesso. Os espaços em branco representam a inexistência de informação no estudo correspondente.

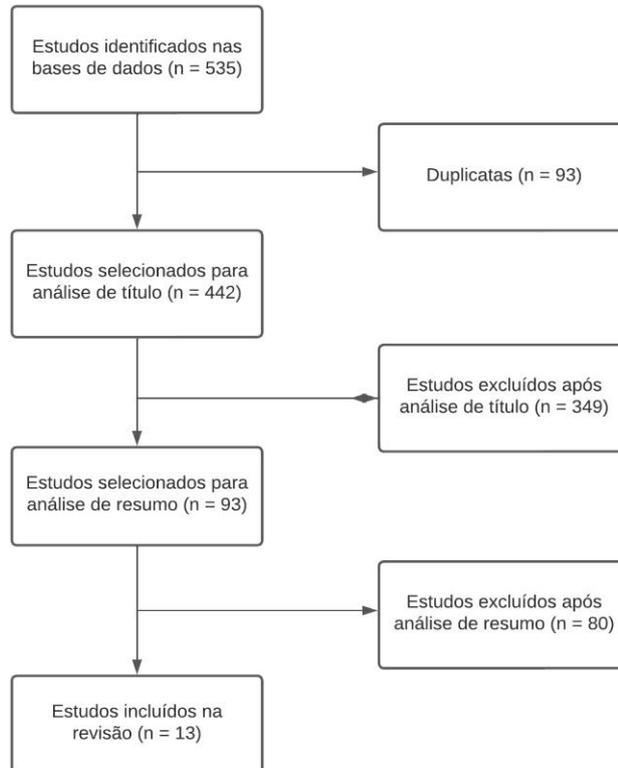


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos

O ano de publicação dos estudos variou entre 2007 e 2020. Foram encontrados dois artigos relacionados a todos os estados brasileiros e os demais foram específicos de um estado, não havendo estudos da região norte e centro-oeste. Dos estudos selecionados, oito analisaram serviços públicos e os demais, tanto serviços públicos, quanto privados. Os estudos foram direcionados a serviços de atenção secundária, tendo apenas um deles trazido informações sobre o contexto de atenção primária e terciária. Entre as amostras das populações investigadas pelos artigos, houve um predomínio de problemas crônicos, de longa duração e que geram incapacidades, sem predomínio de faixa etária, tratando desde crianças até idosos.

Apenas três estudos descreveram a definição de acesso que norteou o estudo. A definição de acesso descrita por Sanchez e Ciconelli² foi utilizada nos

estudos de Silva et al.¹¹ e Amorim et al.¹², sendo que Silva utilizou também a definição descrita por Travassos e Castro¹³. O estudo de Tôrres et al.¹⁴ teve como referência a definição de Donabedian¹⁵. Esta variedade nos conceitos utilizados para caracterizar o acesso pode estar relacionada ao ano de publicação dos artigos e às referências disponíveis no momento.

Dentre os artigos selecionados, 12 identificaram a dimensão de acesso/disponibilidade, 10 a de informação, nove a de capacidade de pagamento e cinco a de aceitabilidade. Os achados encontrados sobre cada uma dessas dimensões do acesso estão sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1. Dados Gerais

Autor(es) e ano de publicação	Revista	Objetivo	Metodologia	Delimitação geográfica da população do estudo	Tipo de serviço	Nível de atenção	População estudada	Amostra	Dimensões do acesso
Silva et al. 2020	Ciência & Saúde Coletiva	Identificar fatores que dificultam o acesso de crianças e adolescentes com deficiência física ao tratamento fisioterapêutico	Estudo do tipo transversal	Curitiba, Paraná	Público	Secundária	Crianças e adolescentes com deficiência física	Gestores, fisioterapeutas e pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes	Disponibilidade Poder de pagamento Informação Aceitabilidade
Romero et al. 2019	Ciência & Saúde Coletiva	Descrever os principais tratamentos para PCC no Brasil, analisar os fatores associados à sua utilização e discutir possíveis desigualdades na utilização de fisioterapia/exercícios e medicamentos	Estudo descritivo	Brasil	Ambos	Secundária	Pessoas com Problema Crônico de Coluna (PCC)	Setores, as famílias e indivíduos	Capacidade de pagamento Informação Aceitabilidade
Miranda et al. 2018	Clinical & Biomedical Research	Investigar o acesso dos indivíduos com sequelas motoras decorrentes do AVC aos serviços de fisioterapia após a alta hospitalar e identificar as principais barreiras e dificuldades de acesso	Estudo de coorte, prospectivo	Porto Alegre, RS	Ambos	Secundária	Indivíduos com sequelas pós AVC	Indivíduos maiores de 18 anos com diagnóstico de AVC como motivo da internação.	Disponibilidade Informação
Rodes et al. 2017	Fisioterapia e Pesquisa	Verificar o acesso a profissionais de reabilitação na RAS (2007 a 2015) e conhecer e refletir sobre as percepções e as experiências do fazer da Clínica Ampliada, do Projeto terapêutico singular e do Apoio Matricial para fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais da APS	Transversal e, qualitativo e descritivo	São Paulo, São Paulo	Público	Primária Secundária Terciária	População em geral	Dados do CNES e profissionais de reabilitação	Disponibilidade
Sousa et al. 2017	Revista de Saúde Pública	Estimar o nível de acesso à reabilitação física (RF) para vítimas de acidentes de trânsito (AT) e os fatores associados	Estudo observacional transversal	Natal, Rio Grande do Norte	Ambos	Secundária	Vítimas de AT	Sobreviventes de AT atendidos na urgência no hospital	Disponibilidade Capacidade de pagamento Informação
Mendes et al. 2016	Revista de Enfermagem	caracterizar o acesso aos serviços de fisioterapia de sujeitos após o AVC	Recorte de um estudo longitudinal	João Pessoa e Cabedelo, Paraíba	Público	secundária	indivíduos pós AVC	Indivíduos que apresentaram o AVC como causa primária no Boletim de Emergência.	Disponibilidade Capacidade de pagamento Informação

(continuação)

Autor(es) e ano de publicação	Revista	Objetivo	Metodologia	Delimitação geográfica da população do estudo	Tipo de serviço	Nível de atenção	População estudada	Amostra	Dimensões do acesso
Ponte, et al. 2016	Revista Baiana de Saúde Pública	Caracterizar os serviços de reabilitação neurológica de adultos fornecidos pelo Sistema Público de Saúde	Estudo descritivo, de caráter qualitativo	Rio Grande do Sul	Público	Secundária	Adultos com lesão cerebral	Profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional	Disponibilidade Aceitabilidade
Sousa et al. 2016	Disability and Rehabilitation	Identificar e analisar as barreiras de acesso a Reabilitação Física por sobreviventes de AT	Estudo qualitativo de natureza exploratória	Natal, Rio Grande do Norte	Ambos	Secundária	Vítimas de AT e profissionais da saúde	Profissionais de saúde e vítimas de AT I	Disponibilidade Capacidade de pagamento Informação Aceitabilidade
Borghi-Silva et al. 2014	Progress in Cardiovascular Diseases	Discutir sobre as tendências atuais na redução dos fatores de risco de doenças cardiovasculares no mundo com foco na reabilitação cardíaca no Brasil	Revisão de literatura	Brasil	Ambos	Secundária	Pessoas com doenças cardiovasculares	Políticas públicas, modelos de atenção e programas relacionados à reabilitação cardíaca no Brasil	Disponibilidade Capacidade de pagamento Informação Aceitabilidade
Amorim et al. 2013	ConScientiae Saúde	Avaliar o acesso aos serviços de fisioterapia e o uso destes pelos idosos com dor lombar, além de aferir a satisfação dessa população com esses serviços.	Estudo longitudinal	Belo Horizonte, Minas Gerais	Público	Secundária	Idosos com dor lombar aguda	Participantes de idade igual ou superior a 55 anos	Disponibilidade Capacidade de pagamento Informação
Tôrres et al. 2011	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Caracterizar a acessibilidade organizacional de crianças portadoras de PC aos serviços de reabilitação motora, da rede complementar do SUS	Estudo descritivo, retrospectivo, censitário	Recife, Pernambuco	Público	Secundária	Crianças com PC	Menores de cinco anos de idade, com PC que realizavam reabilitação motora	Disponibilidade Capacidade de pagamento Informação
Oliveira et al. 2007	Fisioterapia Brasil	Estudar a idade de acesso à reabilitação e discutir possíveis fatores relacionados a esta acessibilidade.	Retrospectivo transversal de série de casos	Rio de Janeiro, Rio de Janeiro	Público	Secundária	Crianças com disfunção neuromotora	Crianças de 2 a 5 anos com diagnóstico de Disfunção Neuromotora, em acompanhamento	Disponibilidade Capacidade de pagamento Informação

SUS = Sistema Único de Saúde; PCC = Problemas Crônicos de Coluna; AVC = Acidente Vascular Cerebral; RAS = Rede de Atenção à Saúde; APS = Atenção Primária a Saúde; AT = Acidente de Trânsito; RF = Reabilitação Física; PC = Paralisia Cerebral.

DISPONIBILIDADE

A dimensão do acesso, no que se refere à disponibilidade, diz respeito à existência ou não do serviço de saúde onde e quando necessário. Ela compreende a relação geográfica entre os serviços de saúde e a população, além do tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados².

A distância entre o usuário e o serviço foi relatada em 30,77% dos artigos. Silva et al.¹¹ em seu estudo sobre o acesso à fisioterapia de crianças e adolescentes com deficiência física credenciados ao SUS, através de entrevistas com gestores, fisioterapeutas e pais/responsáveis, identificaram que a maioria dos usuários morava em regiões afastadas dos serviços onde recebiam atendimento, sendo ainda o tempo de deslocamento maior para aqueles que utilizavam transporte coletivo, ambulância ou veículos da prefeitura em comparação com os que possuíam veículo próprio. Romero et al.¹⁶ identificaram que a residência em área urbana está associada a maior chance de utilização de fisioterapia, demonstrando menor disponibilidade de serviços de fisioterapia na área rural. Além disso, a dificuldade para o transporte do usuário apareceu em 38,46% dos artigos. Sousa et al.¹⁷ relatam como dificuldade para o transporte de vítimas de acidente de trânsito com deficiência grave, a ausência de transporte coletivo integrado aos serviços de saúde, baixa adequação e quantidade de transporte de saúde, ausência de cuidadores (acompanhantes) e acessibilidade inadequada aos/dos serviços. Restrições de mobilidade¹⁸ e falta de recursos financeiros para o transporte¹⁴ também foram citadas como fatores que geram dificuldades.

O tempo de espera para o agendamento de consultas foi citado por 76,92% dos artigos. Os fatores indicados para o longo tempo de espera foram variados entre os diferentes estudos: pouca oferta de serviços credenciados ao SUS e falta de

fisioterapeutas¹¹; burocracias para agendamento e desconsideração de uma classificação de risco de acordo com o perfil clínico dos pacientes e suas preferências¹⁷; falta de critérios de inscrição¹⁴; e falta de vagas¹⁹.

A mesma porcentagem de artigos (76,92%) identificou que a quantidade de serviços disponíveis era inferior à demanda. Este desequilíbrio entre demanda e oferta, foi relacionado à possibilidade de atendimento fisioterapêutico maior ou exclusivamente dentro do ambiente hospitalar²⁰, à falta de fisioterapeutas²¹, à ausência de uma Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência²², e às desigualdades regionais no que diz respeito à disponibilidade de programas de reabilitação cardíaca no Brasil¹⁸.

O tempo de diagnóstico médico foi relevante para aqueles estudos que analisaram o acesso de crianças, representando 15,38% dos artigos. Tanto Silva et al.¹¹, quanto Oliveira et al.¹⁹, sugerem que o atraso no diagnóstico da criança leva, conseqüentemente, à maior demora no encaminhamento e acesso desta à fisioterapia.

Em relação à disponibilidade de recursos, equipamentos e insumos, a falta de recursos humanos foi descrita por 15,38% dos estudos. Rodes et al.²³, que analisaram a distribuição de recursos humanos da reabilitação, entre fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas na Rede de Atenção à Saúde no Brasil, no estado de São Paulo e no município de São Paulo de agosto de 2007 a outubro de 2011, nos mostram que apesar de a disponibilidade de profissionais ter aumentado entre os anos de 2007 e 2015, a oferta ainda é baixa e desigual para promover universalidade, responsabilização e integralidade da atenção. Além de que este crescimento no número de fisioterapeutas se deu principalmente na atenção hospitalar, e não tanto nos outros níveis de atenção.

Quadro 2. Disponibilidade

Autor(es) e ano de publicação	Distância entre usuário-serviço (tempo de viagem)	Dificuldade para o transporte do usuário	Tempo de espera para o agendamento de consultas	Quantidade de serviços disponíveis	Tempo de diagnóstico	Disponibilidade de recursos, equipamentos e insumos	Avaliação da qualidade do serviço
Silva et al. 2020	A maioria dos usuários reside em regionais afastadas dos locais onde recebe o atendimento	Tempo de deslocamento maior para quem se desloca por transporte coletivo, ambulância ou veículos da prefeitura	A fila de espera, a pouca oferta de serviços credenciados ao SUS e a falta de fisioterapeutas foram citadas por 20% dos gestores e 61,1% dos fisioterapeutas.	Percepções de alta demanda por atendimentos e falta de fisioterapeutas	Fragilidades no acesso aos serviços diagnósticos que culminam no acesso tardio à fisioterapia		satisfeitos com o atendimento ofertado, seja na rede pública, seja na privada
Miranda et al. 2018			Após 60 dias, 41% dos pacientes aguardavam pelo serviço em lista de espera.	78% dos indivíduos realizaram acompanhamento fisioterapêutico durante a internação			
Rodes et al. 2017						Maior disponibilidade de profissionais de reabilitação de 2007 a 2015, mas oferta ainda é baixa e desigual; fisioterapia foi a que mais cresceu principalmente na AH	
Sousa et al. 2017			O tempo de acesso foi de 74 dias no serviço público e de 56 dias no privado				
Ponte et al. 2016				O município não contava com uma Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; o processo de reabilitação ocorria de forma restrita e fragmentada.			
Sousa et al. 2016	Distância entre o serviço e a residência;	Ausência de transporte coletivo integrado aos serviços de saúde; baixa adequação e quantidade de transporte de saúde; ausência de cuidadores (acompanhantes) e acessibilidade inadequada aos serviços de reabilitação.	Para obter atendimento do serviço ambulatorial do PR, é necessário passar por um número grande de processos burocráticos; consultas agendadas em dias específicos do mês, com número fixo de pacientes por sessão, desconsiderando a classificação de risco de acordo com o perfil clínico dos pacientes e suas preferências	baixa oferta de atendimento domiciliar			

(continuação)

Autor(es) e ano de publicação	Distância entre usuário-serviço (tempo de viagem)	Dificuldade para o transporte do usuário	Tempo de espera para o agendamento de consultas	Quantidade de serviços disponíveis	Tempo de diagnóstico	Disponibilidade de recursos, equipamentos e insumos	Avaliação da qualidade do serviço
Sousa et al. 2016	Distância entre o serviço e a residência;	Ausência de transporte coletivo integrado aos serviços de saúde; baixa adequação e quantidade de transporte de saúde; ausência de cuidadores (acompanhantes) e acessibilidade inadequada aos serviços de reabilitação.	Para obter atendimento do serviço ambulatorial do PR, é necessário passar por um número grande de processos burocráticos; consultas agendadas em dias específicos do mês, com número fixo de pacientes por sessão, desconsiderando a classificação de risco de acordo com o perfil clínico dos pacientes e suas preferências	baixa oferta de atendimento domiciliar			
Mendes, 2016			Apenas 30,8% tiveram acesso aos serviços de fisioterapia após três meses da primeira entrevista. Apenas 50% estavam em tratamento no momento da entrevista. Iniciaram o tratamento fisioterapêutico em até 8 semanas após a alta hospitalar (66,7%), no entanto 58,4% tiveram que pagar por tal serviço.	Muitos não recebem tratamento no período hospitalar, podendo ser atribuído à grande demanda de pacientes e do número reduzido de fisioterapeutas.			
Borghi-Silva et al. 2014	Muitos pacientes estão frequentemente longe de suas residências.	Restrições de mobilidade e transporte		Existem grandes desigualdades regionais no que diz respeito à disponibilidade de programas de reabilitação cardíaca no Brasil.			
Amorim et al. 2013			Aguardar em fila de espera foi a queixa mais comum				
Tôres et al. 2011		A falta de recursos financeiros para transporte representou motivo de interrupção temporária da fisioterapia, dificuldade para iniciar e dar continuidade à reabilitação motora.	Os critérios para inscrever a criança representando obstáculos	Falta de vagas, seguida da falta de recursos financeiros, foram às dificuldades mais mencionadas		Carência de fisioterapeutas	Ao redor de 92,0% identificaram aspectos positivos no acesso; facilidade de acesso à fisioterapia, além da qualidade humana e técnica da atenção
Oliveira et al. 2007	Distância da residência	Falta de disponibilidade do responsável em levar a criança para a fisioterapia	Falta de vaga nos centros de reabilitação procurados		O pediatra pode ter dificuldade para fazer o diagnóstico		

SUS = Sistema Único de Saúde; AH = Atenção Hospitalar; PR = Programa de Reabilitação.

CAPACIDADE DE PAGAMENTO

A capacidade de pagamento abrange a relação entre os custos para a utilização dos serviços de saúde e a capacidade dos indivíduos de arcar com estes².

O fator renda/classe econômica foi discutido por 38,46% dos estudos. Silva et al.¹¹, Amorim et al.¹², Romero et al.¹⁶, Sousa et al.¹⁷ e Oliveira et al.¹⁹, identificaram que quanto maior a classe econômica maior a chance de acessar os serviços de fisioterapia. Silva et al.¹¹ ainda verificam que houve associação estatisticamente significativa entre a referência à falta de recursos financeiros e o tempo de fila de espera, e acreditam que a falta de recursos tenha postergado a busca por um serviço, sugerindo que a existência do serviço público não garante sua utilização.

A fonte de renda/ocupação dos indivíduos participantes dos estudos foi trazida por 15,38% dos artigos. Sousa et al.¹⁷ dizem que os indivíduos desempregados ou trabalhadores informais têm menor chance de acesso à reabilitação física em relação aos empregados. Enquanto isso, Tôrres et al.¹⁴, em seu artigo que analisa a acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora, chamam a atenção para situações em que o auxílio do Instituto Nacional do Seguro Social para a criança portadora de paralisia cerebral é a principal fonte de renda para o sustento da família.

Houve relato de dificuldade financeira em 23,08% dos artigos analisados. Mendes et al.²¹, investigando o acesso de sujeitos pós Acidente Vascular Cerebral aos serviços de fisioterapia, mostram que a maior parte dos sujeitos que participaram de seu estudo tinham renda de até dois salários mínimos e, sendo assim, o fato de arcar com os custos do tratamento, além de todas as despesas relacionadas à condição de saúde geram um gasto excessivo para essas famílias, o que possivelmente dificultou a continuidade do tratamento destes sujeitos.

A cobertura por plano de saúde se mostrou um facilitador para o acesso em 30,77% dos artigos. Evidenciou-se um papel secundário dos serviços de reabilitação física no SUS em relação aos serviços privados, como pode ser visto, por exemplo, através do dado de que apenas um em cada três pacientes vítimas de acidente de trânsito na cidade de Natal (RN) conseguiu acesso no sistema público²⁴. Um fator que aumentou a possibilidade de acesso a programas de reabilitação foi a abertura de serviços ligados a Universidades federais e estaduais que oferecem formação profissional em saúde¹⁸.

Quadro 3. Capacidade de pagamento

Autor(es) e ano de publicação	Relato de dificuldade financeira	Renda/Classe econômica	Fontes de renda/ocupação	Cobertura de plano de saúde
Silva et al. 2020	72,2% dos fisioterapeutas, 60,0% dos gestores e 28,0% dos pais e/ou responsáveis relataram falta de recursos financeiros da família	57,5% renda entre um e dois salários-mínimos. Verificou-se associação entre a referência à falta de recursos financeiros e o tempo de fila de espera para obter o tratamento fisioterapêutico.		
Romero et al. 2019		Indivíduos de estratos superiores (A/B) apresentam quase 2 vezes mais chances de realizar fisioterapia		Ter plano de saúde foi associado à realização de fisioterapia
Sousa et al. 2017		Maior chance de acesso para os indivíduos com renda maior que dois salários mínimos em relação àqueles com renda de até dois SM	Indivíduos desempregados ou trabalhadores informais apresentaram menor chance de acesso à RF	Os resultados sinalizam para o papel secundário dos serviços de RF no SUS; somente um de cada três pacientes conseguiu acesso no sistema público,
Mendes, 2016	Gasto excessivamente elevado para essas famílias; apenas metade das pessoas que haviam tido acesso permaneciam em tratamento no momento da segunda entrevista, representando 15,4% de todos os sujeitos	59% dos sujeitos do estudo tinham renda de até dois salários mínimos, enquanto 35,9% recebiam até quatro salários mínimos		
Sousa et al. 2016				Situações financeiras complexas, não cobertura por plano de saúde; ineficiência dos serviços públicos
Borghi-Silva et al, 2014				O acesso aos programas de RC é mais frequentemente disponível para indivíduos com meios de pagar pessoalmente para serviços ou que tenham seguro saúde. Alguns centros, no entanto, aumentaram o acesso a pacientes do Sistema Único de Saúde, a maioria destes ligados a Universidades federais e estaduais que oferecem formação profissional em saúde.
Amorim et al. 2013		Pessoas que declararam insatisfação com a renda e menor grau de instrução, apresentaram dificuldade em utilizar os serviços de saúde		
Tôrres et al. 2011	Falta de vagas seguida da falta de recursos financeiros são dificuldades mais mencionadas		A própria criança detém maior participação no sustento da família através de auxílio do INSS	
Oliveira et al. 2007		Condições socioeconômicas precárias, analfabetismo, famílias numerosas, frequentes mudanças de residência e não avaliação em centros especializados, podem privar a criança de um cuidado apropriado		

SM = Salário Mínimo; RF = Reabilitação Física; SUS = Sistema Único de Saúde; RC = Reabilitação Cardíaca; INSS = Instituto Nacional do Seguro Social

INFORMAÇÃO

Esta dimensão do acesso indica o nível de discordância entre o conhecimento do usuário e o conhecimento dos profissionais da saúde. O encaminhamento para a fisioterapia foi o tópico de informação mais discutido entre os estudos, aparecendo em 61,54% deles. Todos estes artigos mostram um déficit de encaminhamento de outros profissionais da saúde para a fisioterapia. Existe uma falta de comunicação e informação entre os níveis de atendimento e profissionais¹⁷, levando muitas pessoas a não procurarem os serviços por falta de conhecimento.

A escolaridade dos usuários foi discutida por 30,77% dos estudos. Embora 3 dos 4 artigos que trouxeram essa reflexão apontarem que um menor grau de instrução estaria relacionado a menor chance de acesso e adesão ao tratamento, Silva et al.¹¹ demonstram que a escolaridade dos pais não interferiu na idade de obtenção de diagnóstico e início do tratamento fisioterapêutico de seus filhos, associando a criação do SUS à diminuição dessa disparidade através da ampliação do acesso à saúde para grande maioria da população brasileira. Porém, identificou-se a falta de informação dos pais e/ou responsáveis sobre o diagnóstico da criança como um dificultador de acesso ao tratamento.

A percepção de saúde e doença dos usuários também pode ser um fator limitante para a realização de fisioterapia, como Romero et al.¹⁶ demonstram, em sua análise sobre desigualdades e fatores associados ao tratamento do problema crônico de coluna no Brasil, a escolha pelo uso de medicamentos sem a realização de fisioterapia/exercício é maior para aqueles indivíduos com uma autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim, com depressão, com mais de três comorbidades e/ou com muita limitação.

Quadro 4. Informação

Autor(es) e ano de publicação	Escolaridade dos usuários	Percepção de saúde e doença dos usuários	Encaminhamento para a fisioterapia
Silva et al. 2020	A escolaridade dos pais não teve influência na idade de obtenção do diagnóstico e início do tratamento fisioterapêutico.	77,8% dos fisioterapeutas e 40,0% dos gestores consideram a falta de informação dos responsáveis como barreira de acesso ao tratamento. 50,0% dos fisioterapeutas afirmaram que responsáveis não compreendiam o diagnóstico das crianças e adolescentes	
Romero et al. 2019	Ter ensino superior aumenta as chances de realização de algum tratamento para PCC em 31%	O uso de medicamentos sem a realização de fisioterapia/exercício é maior entre pessoas sem escolaridade (40%). Segundo condições de saúde, a opção por esse tipo de tratamento é maior entre pessoas com autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim (43,4%), com depressão (34,8%), com mais de três comorbidades (38,9%), com muita limitação (47,4%).	
Miranda et al. 2018			baixa taxa de encaminhamento (50%) recebido pelos pacientes no momento da AH
Sousa et al. 2017		As chances de conseguir tratamento reabilitador foram maiores para os indivíduos com necessidade percebida de RF	As chances de conseguir tratamento reabilitador foram maiores para os indivíduos com encaminhamento para RF
Mendes et al. 2016			79,5% dos indivíduos não foram encaminhados aos serviços de fisioterapia.
Sousa et al. 2016			Falta de comunicação e informação entre os níveis de atendimento e profissionais, e a falta de referências médicas para reabilitação
Borghi-Silva et al. 2014	Um nível mais baixo de educação, idade avançada e baixa renda são barreiras para atendimento e adesão a RC		Uma grande proporção de profissionais de saúde no ambiente de internação deixa de encaminhar os pacientes para RC ambulatorial devido ao desconhecimento dos benefícios.
Amorim et al. 2013	As pessoas que declararam insatisfação com a renda e menor grau de instrução apresentaram dificuldade em utilizar os serviços de saúde		38,1% não foram encaminhados pelo médico
Tôrres et al. 2011			Praticamente todas as crianças encaminhadas para fisioterapia obedeciam à conduta prescrita por médicos. Aspecto indicativo da possibilidade de uma maior precisão no diagnóstico e de uma percepção mais acurada da utilização dos recursos terapêuticos que aumentou a probabilidade do início precoce da reabilitação motora
Oliveira et al. 2007			É possível que essas crianças não estejam sendo reconhecidas pelos seus pediatras como necessitadas de reabilitação.

PCC = Problema Crônico de Coluna; AH = Atenção Hospitalar; RF = Reabilitação Física; RC = Reabilitação Cardíaca

ACEITABILIDADE

A aceitabilidade envolve a configuração dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades. Ela está muito relacionada a características como idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, entre outros que dizem respeito ao lugar em que cada uma das pessoas se encontra dentro da sociedade e cria expectativas a partir destes pontos de vista².

O artigo de Romero et al.¹⁶ foi o único a trazer informações sobre idade e sexo relacionadas a chances de realização de fisioterapia. Segundo ele, a população idosa tem duas vezes mais chances de realizar tratamento com fisioterapia/exercício e as mulheres 37% mais chance do que os homens. Sousa et al.¹⁷ trazem que a descrença no sistema de saúde pode ser uma barreira para a busca dos serviços e, conseqüentemente, para o acesso aos mesmos.

Em 23,08% dos artigos foi vista alguma informação sobre a interferência das crenças e atitudes com relação à saúde no acesso à fisioterapia. Entre as crenças e atitudes relatadas temos a negação da deficiência, síndrome ou lesão¹¹ e a crença de que a reabilitação não é parte importante do tratamento como dificultadoras para o acesso¹⁸; e uma pior autoavaliação de saúde, ter depressão, muitas comorbidades e limitações como facilitadores para a busca por tratamento¹⁶.

A necessidade dos familiares dos sujeitos acometidos por sequelas neurológicas de abrir mão de seus ofícios/empregos para percorrerem os trajetos da reabilitação e sobrecarga de cuidadores parecem contribuir para a diminuição da busca pelos serviços de reabilitação e/ou para adesão aos tratamentos²². Outras questões relacionadas a aceitabilidade citadas pelos estudos selecionados foram a precariedade dos direitos trabalhistas, que não liberam os trabalhadores para a

realização dos cuidados com a saúde; condições clínicas complexas¹⁷; e o trabalho, responsabilidades familiares e restrições de tempo para a realização do tratamento¹⁸.

Quadro 5. Aceitabilidade

Autor(es) e ano de publicação	Idade	Sexo	Etnia	Confiança nos serviços de saúde	Crenças e atitudes com relação à saúde	Outros
Silva et al. 2020					61,1% dos fisioterapeutas e 60,0% dos gestores citaram a negação da deficiência, síndrome ou lesão como dificuldade de acesso.	
Romero et al. 2019	Pessoas a partir dos 50 anos tem duas vezes mais chances de utilizar fisioterapia/exercícios	Mulheres tem 37% mais chance de realização de fisioterapia/exercícios	O uso de medicamentos sem a realização de fisioterapia/exercício é maior entre pessoas não brancas (33,5%)		Pior autoavaliação de saúde, ter depressão, muitas comorbidades e limitações intensas causadas pelo PCC indicam a maior chance de realização de algum tipo de tratamento.	Residir em região urbana foi associado a maior chance de utilização de fisioterapia
Ponte et al. 2016						Muitas vezes, os familiares dos sujeitos acometidos por sequelas neurológicas precisavam abrir mão de seus ofícios/empregos. A sobrecarga do cuidador pode gerar complicações físicas, mentais, emocionais e financeiras, influenciando negativamente o cotidiano/convivência familiar. Estes fatores contribuem para a diminuição da busca pelos serviços de reabilitação e/ou para a adesão aos tratamentos.
Sousa et al. 2016				Descrença no sistema		Precariedade dos direitos trabalhistas, condições clínicas complexas
Borghi-Silva et al. 2014					Percepção de saúde auto-relatada, reabilitação não vista como parte importante do tratamento	Trabalho e responsabilidades familiares, restrições de tempo

PCC = Problemas Crônicos de Coluna

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi revisar como as pesquisas têm abordado questões relacionadas ao acesso à fisioterapia no Brasil, buscando identificar as principais características e fatores relacionados a este acesso que possam estar gerando facilitadores e barreiras para a população, além de identificar possíveis lacunas no conhecimento sobre este assunto.

Ao analisar os estudos incluídos neste trabalho, identificamos uma grande diferença no que se refere a metodologia, população e amostra entre os artigos, o que dificulta uma síntese sobre o tema no Brasil. Além disso, os autores utilizaram diferentes definições de acesso aos serviços de saúde ou não citam o referencial teórico que norteou o estudo. Barbiani et al.²⁵ realizaram uma revisão da produção científica de periódicos com abordagem qualitativa sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil por meio da busca retrospectiva de artigos publicados entre os anos de 2002 e 2011. Entre seus achados estão a pouca quantidade de artigos encontrados para análise, diversidade de temáticas e diversidade na abordagem da categoria acesso, indo ao encontro dos achados desta pesquisa. Em uma síntese da literatura publicada sobre o conceito de acesso à saúde numa visão internacional, Levesque et al.²⁶ descrevem o acesso aos serviços de saúde como resultado da interação entre determinantes pertencentes às características dos indivíduos (por exemplo, o local onde moram, seus recursos econômicos e seu status social) e determinantes dos serviços (por exemplo, quantidade, localização das instalações, custos).

Uma das similaridades encontradas entre os estudos foi o foco de uma análise de serviços de atenção secundária em saúde. Através dos estudos selecionados não foi possível extrair informações suficientes para fornecer dados

sobre o acesso aos serviços de atenção primária e terciária. Este fato pode estar relacionado ao processo histórico da profissão, que se desenvolveu voltada para a reabilitação e ainda é mais reconhecida neste nível de atenção à saúde. A maior oferta de serviços nos serviços de fisioterapia ainda se dá na atenção secundária e terciária, havendo pouca inserção do fisioterapeuta na atenção primária, mesmo com evidências mostrando que o aumento da inserção de fisioterapeutas no nível primário da atenção possibilita a redução de encaminhamentos para os demais níveis e aumenta o acesso da população a estes profissionais²⁷.

Outro fator relevante foi o desequilíbrio entre demanda e oferta nos serviços públicos, alvo de investigação da grande maioria dos estudos. O sistema de saúde está organizado para enfrentar eventos agudos ou agudizações de condições crônicas, porém a predominância de demanda da população está relacionada a condições crônicas que necessitam de outra abordagem de atendimento em saúde²⁵. Estudos realizados no Canadá demonstram que este desequilíbrio não é algo exclusivo do Brasil. Shah et al.²⁸, através de um mapeamento do uso da fisioterapia em relação à distribuição de fisioterapeutas nos distritos canadenses, constataram que o uso está diretamente associado à disponibilidade de fisioterapeutas nas regiões, resultando em lacunas de acesso em áreas rurais e remotas. Além disso, Deslauriers et al.²⁹ mostram que os pacientes encaminhados para os serviços de fisioterapia ambulatorial permanecem em lista de espera por muitos meses e às vezes anos, possivelmente levando condições originalmente agudas ou subagudas a evoluírem para condições crônicas.

Uma alternativa para mudar essa realidade seria a inserção de mais fisioterapeutas e outros profissionais da saúde nos níveis primários de atenção, tendo em vista o potencial de resolutividade existente na APS. Existe uma

necessidade de investimento em saúde para transformar o modelo de organização atual focado em serviços especializados e adequar o sistema às necessidades reais dos usuários, porém ocorre um movimento oposto dos governantes, que cada vez destinam menos verba para a saúde fazendo com que os serviços não deem conta de atender a população de forma adequada. O projeto político vigente não propõe melhorias neste sentido e incentiva o desmonte do SUS. Como exemplo deste projeto, podemos citar a Emenda Constitucional 95/2016, aprovada pelo senado federal em 16 de dezembro de 2016, que instaurou um novo regime fiscal congelando os gastos públicos federais por duas décadas e impedindo os investimentos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração, contratação de pessoal e reestruturação de carreiras³⁰.

Também é importante salientar, a partir desta revisão, a dependência de encaminhamento médico para que o usuário tenha acesso à fisioterapia. Os estudos apontam que esse encaminhamento não ocorre com a frequência que deveria, se transformando em mais uma barreira de acesso aos serviços de fisioterapia para a população brasileira. Outros estudos encontraram resultados semelhantes em relação ao encaminhamento para a fisioterapia, demonstrando que esta não é uma questão pontual. Arcanjo et al.³¹ investigaram o encaminhamento de pacientes ao o serviço de fisioterapia após cirurgia para tratamento de câncer de mama e verificaram que apesar de grande maioria da amostra ter recebido fisioterapia no pós-operatório imediato, apenas 13,20% recebeu encaminhamento para fisioterapia após a alta hospitalar. Na Índia, Pattanshetty e Metgud³² relatam que, embora estudos afirmem que os clínicos gerais conhecem a atuação da fisioterapia na área musculoesquelética, de pediatria, neurologia, cardiorrespiratória e esporte, eles não

têm muito conhecimento sobre práticas mais recentes em outras áreas e por isso muitos encaminhamentos que poderiam ser feitos não acontecem. Sem o encaminhamento médico, o acesso é prejudicado não apenas pela falta de informação dos pacientes, mas também pelo fato de que em grande parte dos serviços ele é pré-requisito para o agendamento dos atendimentos em fisioterapia. Em uma revisão sistemática que analisou estudos dos Estados Unidos, Holanda, Reino Unido, Suécia e Itália³³, foi possível observar que o acesso direto à fisioterapia parece reduzir o tempo de espera e melhorar a acessibilidade e adesão aos cuidados de saúde sem nenhum evento adverso, com resultados semelhantes ou superiores ao atendimento primariamente médico, além de gerar menos custos em saúde devido à menor prescrição de remédios e exames de imagem.

Um último aspecto que deve ser dado destaque entre os achados é o fato de que grande parte dos artigos trouxe, como uma barreira ao acesso, a distância e dificuldade de transporte até os serviços de fisioterapia. Este é um fenômeno que não está ligado apenas à pouca disponibilidade de serviços, mas que tem muita relação com os fatores socioeconômicos dos usuários que buscam atendimento. Em uma investigação sobre barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil pela percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde, Oliveira et al.³⁴ referem que o custo dos transportes é uma barreira de acesso principalmente no Norte, Nordeste e Centro-oeste do país devido a maiores desigualdades nestas regiões. A classe social influencia a saúde na medida em que acarreta acessos diferentes a oportunidades como moradia, educação, emprego e lazer³⁵. Ao se pensar em saúde sem levar em conta o contexto social de quem é atendido, realizamos um cuidado fragmentado, isentando o profissional de saúde de agir frente às complexas questões sociais, contrariando o princípio da

integralidade³⁶. Desta forma, identificam-se alguns fatores que corroboram para a exclusão de populações em situação de maior vulnerabilidade social de espaços de cuidado, mesmo estando inseridas em um sistema de saúde baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

As desigualdades sociais em saúde geram diferenças no estado de saúde entre grupos, de acordo com suas características sociais como renda, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições de moradia ou trabalho³⁷. Estas características podem se manifestar em relação ao estado de saúde e ao acesso e uso de serviços de saúde, favorecendo a manutenção de um estado positivo de saúde daqueles menos impactados por estas desigualdades. Os estudos analisados nesta pesquisa não buscaram descrever este tipo de característica em suas amostras, o que não nos permite ter uma visão clara dos porquês de tais populações estarem acessando mais ou menos os serviços e, conseqüentemente, dificulta o planejamento de estratégias para solucionar as dificuldades encontradas de forma adequada para as especificidades de tais populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões relacionadas ao acesso aos serviços de fisioterapia no Brasil são alvo de pesquisas recentes, principalmente da última década. Por se tratar de um assunto ainda pouco explorado, observa-se heterogeneidade na forma com que os estudos abordam e analisam essas questões, assim como em relação às populações e regiões do país investigadas. Alguns pontos em comum a serem destacados entre os estudos são o interesse por investigar o acesso aos serviços de atenção secundária, o foco em problemas crônicos de saúde, a identificação da falta de serviços e profissionais na rede pública, o déficit de encaminhamento para a

fisioterapia e a dificuldade dos usuários para chegarem aos serviços devido à distância e custos do transporte.

São necessárias novas pesquisas para esclarecer alguns pontos que não foram aprofundados pela literatura disponível. Uma descrição mais clara das populações, levando em conta gênero, etnia, idade, orientação sexual e classe social é importante para que possamos entender melhor o contexto dos usuários que necessitam e buscam (ou não) atendimento fisioterapêutico. A partir deste entendimento, será possível fazer um planejamento de gestão e políticas públicas adequadas às necessidades da população, proporcionando maior integralidade e equidade na utilização dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(Supl.2): s198-8.
2. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(3): 260–8.
3. Brasil. Lei nº 8080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
4. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1751–62.
5. Brasil. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 24 jan.
6. Rodrigues RM. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. *Ver. Perspect. Online*. 2008; 2(8):104-9.
7. Ferrer MLP, Silva A S, 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. *Fisio. Pesq*. 2015; 22(3): 223-30.
8. Brasil. Projeto de Lei nº 1985, de 3 abril de 2019. Dispõe sobre a permanência do profissional fisioterapeuta nos Centros de Terapia Intensiva - CTIS, adulto, pediátrico e neonatal e dá outras providências. *Câmara de Deputados* 2019, 3 abr.
9. Baron MV, Koepp J, Banderburg C, Carneiro M. Atenção Terciária à Saúde: reflexões através de um olhar fisioterápico, médico e de enfermagem. In:

- Santana JR, Fialho LMF, Brandenburg C, Santos Junior FFU. *Educação e Saúde: um olhar interdisciplinar*. Fortaleza: EdUECE, 2014
10. Peters MDJ, Godfrey CPM, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z. *JBI Manula for Evidence Sybthesis*. [s.l.]: JBI, 2020.
 11. Silva VA, Busnello ARR, Cavassin RC, Loureiro APC, Moser ADL, Carvalho DR. Acesso à fisioterapia de crianças e adolescentes com deficiência física em instituições públicas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2020; 25(7):2859–70.
 12. Amorim JSC, Silva SLA, Pereira LSM, Dias RC. Acesso aos serviços de fisioterapia e sua utilização por idosos com dor lombar. *Conscientia e Saúde Impr*. [Online]. 2013; 12(4).
 13. Travassos C, Castro MSM. *Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.
 14. Tôrres AKV, Sarinho SW, Feliciano KVO, Kovacs MH. Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade do Recife. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2011; 11(4):427–36.
 15. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol. Lab Med*. 1990; 114(11):1115-8.
 16. Romero DE, Muzy J, Maia L, Marques AP, Souza Júnior PRB, Castanheira D. Desigualdades e fatores associados ao tratamento do problema crônico de coluna no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2019; 24(11):4211–26.
 17. Sousa KM, Oliveira WIF, Alves EA, Gama ZAS. Factors associated with access to physical rehabilitation for victims of traffic accidents. *Rev. Saude Publica*. 2017; 51(s.n.):1–12.
 18. Borghi-Silva A, Mendes RG, Trimer R, Cipriano Junior G. Current trends in reducing cardiovascular disease risk factors from around the world: focus on cardiac rehabilitation in Brazil. *Prog. Cardiovasc. Dis*. 2014; 56(5):536–42.
 19. Oliveira CM, Araújo APQC. O acesso de crianças com paralisia cerebral à fisioterapia. *Fisioter. Bras*. 2007; 8(3):183–7.
 20. Miranda RE, Schmidt D, Hanauer L, Peralles SRN, Striebel VLW. Avaliação do acesso à fisioterapia após a alta hospitalar em indivíduos com acidente vascular cerebral. *Clin. Biomed. Res*. 2018; 38(3):245–52.
 21. Mendes LM, Gadelha IDS, Brito GEG, Moraes RM, Ribeiro KSQS. Acesso De Sujeitos Pós-Acidente Vascular Cerebral Aos Serviços De Fisioterapia. *Rev Enferm UFPE Online*. 2016;1 0(2):387–94.
 22. Ponte AS, Pommerehn J, Prado ALC, Fedosse E. Caracterização dos serviços de atendimento a pessoas com lesão cerebral de município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2017;40(1):1097-108.
 23. Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE, Luft VD, Góes ÂB, Schmitt ACB. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisioter Pesq*. 2017; 24(1):74–82.
 24. Sousa KM, Oliveira WIF, Melo LOM, Alves EA, Piuevam G, Gama ZAS. A qualitative study analyzing access to physical rehabilitation for traffic accident victims with severe disability in Brazil. *Disabil Rehabil*. 2017; 39(6):568–77.
 25. Barbiani R, Junges JR, Nora CRD, Asquidamini F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. *Saúde Soc*. 2014; 23(3):855–68

26. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int. J Equit. Health.* 2013; 12(1):18.
27. Moreira LB, Cruz FLS, Silva TL da, Silva SL de A. Organizing the flow of physiotherapy services: agreement between clinical perception and a referral protocol. *Fisioter em Mov.* 2021; 34(s.n.):1-11.
28. Shah T, Bath B, Hayes A, Jones M, Bell S, Uswak G, Milasovljevic, S. Comparative Analysis of Geographic Accessibility of Dentists, Physiotherapists and Family Physicians in an Urban Centre: A Case Study of Saskatoon, Canada. *J Can Dent Assoc.* 2019;85(s.n.):1-8.
29. Deslauriers S, Raymond MH, Laliberté M, Lavoie A, Desmeules F, Feldman DE, Perreault K. Variations in demand and provision for publicly funded outpatient musculoskeletal physiotherapy services across Quebec, Canada. *J Eval Clin Pr.* 2017; 23(6):1489–97.
30. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev Investig Const.* 2017; 4(1):259.
31. Arcanjo LM, Wendler AV, Armondes CCL, Benício MA, Antonio, HMR. Verificação de Encaminhamento de pacientes ao serviço de fisioterapia após cirurgia para tratamento de câncer de mama. *Rev. Eletrôn. FACIMEDIT.* 2018; 7(1):117-28.
32. Pattanshetty R, Metgud D. Awareness of physiotherapy among other health professionals in India: Current scenario. *Indian J Phys Ther Res.* 2019; 1(2):69.
33. Demont A, Quentin J, Bourmaud A. Impact of models of care integrating direct access to physiotherapy in primary care and emergency care contexts in patients with musculoskeletal disorders: A narrative review. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2020; 68(5):306–13.
34. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(11):1-13.
35. Galvão ALM, Oliveira E, Germani ACCG, Luiz OC. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde Soc.* 2021; 30(2):1-14.
36. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate.* 2017; 41(112):63–76.
37. Barata RB. *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

ANEXOS

ANEXO A - Normas de publicação da Revista Cadernos de Saúde Coletiva

Os Cadernos Saúde Coletiva (CSC) publicam trabalhos inéditos considerados relevantes para a área de Saúde Coletiva.

Conflito de interesses: Todos os autores do manuscrito devem declarar as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Essas situações podem ser de origem financeira, política, acadêmica ou comercial.

Questões éticas: Todos os artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos estão condicionados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

O artigo deverá conter o número do processo e o nome do Comitê de Ética ao qual foi submetido e declarar, quando for o caso, e informar que os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado. O Conselho Editorial de CSC poderá solicitar informações sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa, se achar necessário.

Autoria: Todos os autores do manuscrito devem estar dentro dos critérios de autoria do ~~International Committee of Medical Journal Editors~~. (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada no [Documento de responsabilidade pela autoria](#).

Processo de julgamento: Os artigos submetidos, que atenderem às Instruções aos colaboradores e estiverem de acordo com a política editorial da revista serão encaminhados para avaliação.

~~Pré-análise:~~ a primeira análise é feita pelos Editores Associados com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares: os artigos selecionados na ~~pré-análise~~ são enviados para avaliação por especialistas na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A revista adota softwares livres para identificação de plágio.

Forma e preparação de manuscritos

São aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês, para as seguintes seções:

Tipo de manuscrito	Palavras*	Tabelas e figuras	Resumo
Artigos originais **	4.000	5	Estruturado, até 200 palavras
Revisões sistemáticas ou de escopo	4.500	5	Estruturado, até 200 palavras
Debate	6.000	8	Não estruturado, até 200 palavras
Artigos originais (Estudos qualitativos)	4.000	5	Não estruturado, até 200 palavras
Comunicação breve	2.000	2	Estruturado, até 200 palavras

Observação: A revista não aceita revisões narrativas ou integrativas.

* O número máximo de palavras não inclui o resumo, as tabelas e/ou figuras e referências.

**Artigos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número de registro do ensaio. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do [International Committee of Medical Journal Editors \(www.icmje.org\)](http://www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

A folha de rosto deve conter:

- Título do trabalho na língua original e em inglês e, no caso de o artigo original ser em inglês, título também em português (até 50 palavras)
- Título resumido (até 50 caracteres)
- Nome dos autores
- ORCID dos autores
- Titulação dos autores
- Vínculo institucional dos autores
- E-mail do autor correspondente
- Endereço completo do autor correspondente
- Agradecimentos. Pessoas ou Instituições que prestaram alguma colaboração ao trabalho, mas que não preenchem os critérios de autoria (opcional).

Resumo

O resumo deverá apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho (até 200 palavras).

Para as seções aplicáveis, o resumo deve ser estruturado em Introdução, Objetivo, Método, Resultados e Conclusão.

Todos os artigos submetidos em Português ou Espanhol deverão ter resumo na língua principal e sua tradução em Inglês (Abstract). No caso de artigo submetido em Inglês, o resumo deve ser apresentado também em Português.

Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (~~key words~~, ~~palabras clave~~), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, ~~DeCS~~ (a serem obtidos na página <http://decs.bvs.br/>).

Documento de responsabilidade de autoria

É necessário o envio, no ato da submissão, do documento de responsabilidade de autoria, assinado por cada um dos autores. [Documento de responsabilidade de autoria \(link aqui\)](#)

Documento principal

O documento principal não pode conter identificação dos autores.

Deve-se iniciar o documento principal com o título do artigo, Resumo e Abstract, e palavras chave, nos dois idiomas. Em seguida, o texto do manuscrito, dividido em subitens.

Ilustrações: O número máximo de ilustrações deve seguir a tabela informada acima. Em caso de exceções do número de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.), estas deverão ser justificadas por escrito, em anexo à folha de rosto).

Tabelas: As tabelas devem ser apresentadas no corpo do texto, no local em que devem ser inseridas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Deve ter título breve, com local e ano dos dados apresentados ano final do título.

Cabe ressaltar que a tabela deve ser autoexplicativa, evitando, desta forma, abreviações. As abreviações que forem necessárias, assim como outras notas explicativas, devem estar descritas na nota de rodapé da tabela, mesmo que já tenham sido citadas no texto.

Figuras: As fotografias, desenhos, gráficos, mapas, etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.

Equações: As equações deverão vir centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

Referências: A norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.