

# Organização do fluxo de serviços fisioterapêuticos: concordância entre percepção clínica e protocolo

*Organizing the flow of physiotherapy services: agreement between clinical perception and a referral protocol*

Lorrane Brunelle Moreira <sup>1</sup>  
Fernanda Lurdes Souza Cruz <sup>1</sup>  
Túlio Lima da Silva <sup>2</sup>  
Sílvia Lanzotti de Azevedo Silva <sup>3\*</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas, MG, Brasil

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Alfenas, MG, Brasil

<sup>3</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

**Data da primeira submissão:** Fevereiro 1, 2020

**Última revisão:** Outubro 20, 2020

**Aceito:** Março 1, 2021

**Editora associada:** Angelica Vieira Cavalcanti de Sousa

\* **Correspondência:** silviafisiojf@yahoo.com.br

## Resumo

**Introdução:** Protocolos para organização do fluxo dos atendimentos entre os níveis primário e secundário de atenção ajudam o fisioterapeuta atuante na Atenção Primária à Saúde (APS) a determinar quais casos serão mantidos no primeiro nível e quais devem ser encaminhados para o nível secundário, onde receberão atendimento especializado. **Objetivo:** Avaliar a concordância entre percepção clínica dos fisioterapeutas e protocolo na organização do fluxo de usuários de serviço de fisioterapia. **Métodos:** Estudo transversal metodológico baseado em análise de dados secundários, registrados em planilha do serviço, referentes à percepção clínica de quatro fisioterapeutas atuantes na APS e protocolo aplicado por eles para determinação do encaminhamento e caráter de urgência para o nível secundário da rede de atenção, considerando as especialidades da fisioterapia. A avaliação expressou-se pelo percentual de concordância, magnitude e significância pelo teste Kappa, considerando > 0,80 concordância perfeita. As análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS 21.0, nível de significância  $\alpha = 0,05$ . **Resultados:** Considerando 715 encaminhamentos, em 619 a percepção dos fisioterapeutas corroborou com a determinação do protocolo em relação ao encaminhamento do usuário para o serviço secundário. O percentual de concordância relativo à classificação urgência, na amostra total, foi de 71% e o índice de Kappa Ponderado foi 0,3710 (IC95% 0,3029-0,4391). O instrumento apresentou maior concordância nas áreas de musculoesquelética (94,7%) e gerontologia (98,2%), e menor concordância na uroginecologia (27,6%). **Conclusão:** O protocolo apresentou importante percentual de concordância, podendo ser instrumento importante na organização de fluxos de serviços de fisioterapia e ser aprimorado para o uso em várias especialidades.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Regulação e fiscalização em saúde. Atenção primária à saúde. Atenção secundária à saúde.

## Abstract

**Introduction:** Protocols to organize the flow of treatment between primary and secondary healthcare levels help physiotherapists working in Primary Health Care (PHC) determine which cases will remain at the primary level and which should be referred to the secondary level for specialized treatment. **Objective:** Assess the agreement between the clinical perception of physiotherapists and the protocol in organizing the flow of physiotherapy patients. **Methods:** This is a methodological cross-sectional study based on the analysis of secondary data, recorded on a service spreadsheet, with respect to the clinical perception of four physiotherapists working in PHC and the protocol they apply to determine the urgency for referral to the secondary care level, considering physiotherapy specialties. Assessment was expressed as the percentage agreement, magnitude and significance according to the Kappa test, with  $> 0.80$  considered perfect agreement. Analyses were conducted using SPSS 21.0 statistical software at a significance level of  $\alpha = 0.05$ . **Results:** In 619 of 715 referrals, the perception of physiotherapists corroborated with the protocol in terms of patient referral to the secondary service. The percentage agreement for urgency classification in the total sample was 71% and the Weighted Kappa index 0.3710 (CI95% 0.3029-0.4391). The instrument exhibited high agreement in the areas of musculoskeletal physiotherapy (94.7%) and gerontology (98.2%), and low in urogynecology (27.6%). **Conclusion:** The protocol showed a high percentage of agreement and may be an important instrument in organizing the flow of physiotherapy services and could be enhanced for use in other specialties.

**Keywords:** Physiotherapy. Health regulation and inspection. Primary health care. Secondary health care.

## Introdução

O Ministério da Saúde descreveu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégias de reestruturação do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), que visam assegurar aos usuários ações e serviços efetivos e eficientes.<sup>1</sup> As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, compostas pelos níveis de atenção primário, secundário e terciário. Seu objetivo consiste em fornecer atenção contínua e integral à população, devendo ser coordenadas pela Atenção

Primária à Saúde (APS), que é o contato inicial e porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde.<sup>1,2</sup> Os serviços de fisioterapia durante muito tempo foram excluídos da APS, possivelmente devido ao caráter inicial da profissão, cujo foco era essencialmente curativo e reabilitador. Anteriormente à inserção do fisioterapeuta na APS, os usuários do sistema de saúde possuíam acesso aos serviços de fisioterapia apenas no âmbito da atenção secundária especializada e terciária hospitalar, o que dificultava o acesso da população a esse serviço.<sup>3</sup>

As práticas fisioterapêuticas podem ser desenvolvidas em diversas especialidades da atenção à saúde e seu campo de atuação é bem amplo, abrangendo as especialidades musculoesquelética, neurofuncional adulto e infantil, reabilitação cardíaca, dermatofuncional, gerontologia, reabilitação pulmonar, uroginecologia, entre outras. O fisioterapeuta possui conhecimentos bastante amplos para atuação em diversos locais e em todos os níveis de atenção, uma vez que na APS tem um campo mais generalista.<sup>4</sup>

Os conhecimentos inerentes à fisioterapia podem contribuir para a reabilitação de doenças e sequelas, como também na promoção da saúde e prevenção de agravos. A inserção do fisioterapeuta na APS possibilita a redução da necessidade de encaminhamentos para os demais níveis da RAS devido à demanda pelo serviço de fisioterapia, reduzindo assim gastos públicos e colaborando com a mudança do modelo assistencial.<sup>5,6</sup> O fisioterapeuta inserido na APS deve determinar quais casos são prioritários e deverão ser encaminhados ao nível secundário, de acordo com sua capacidade de resolução, de forma individual ou coletiva. Para isso, deve possuir o conhecimento e as ferramentas necessárias para ajudá-lo durante o processo de avaliação.<sup>7</sup> Neste contexto, são desenvolvidos protocolos de encaminhamento, que são ferramentas ao mesmo tempo de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência durante a avaliação.<sup>8,9</sup>

Silva et al.<sup>10</sup> realizaram a elaboração e implementação de um protocolo de encaminhamento dentro do serviço de fisioterapia em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esse protocolo foi desenvolvido a partir dos domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): condição de saúde, estrutura e função do corpo, atividades, participação social, fatores pessoais e ambientais. A pontuação máxima do protocolo é de 26 pontos,

sendo necessário um mínimo de 9 pontos para o encaminhamento e, a partir daí, o estabelecimento de um critério de urgência: não urgente (9-15 pontos), urgente (16-21 pontos), muito urgente (22-26 pontos).<sup>10</sup> A utilização deste protocolo se mostrou de grande importância como filtro para os encaminhamentos relacionados a condições com resolução possível no âmbito da APS, organizando o fluxo para o nível secundário e reduzindo as filas de espera. Os serviços de fisioterapia não possuem outro protocolo com finalidade semelhante e o incentivo ao uso da CIF por estes profissionais justificou o uso da mesma como base para sua elaboração.<sup>10</sup>

Ainda não foi realizado, entretanto, estudo que verificasse a concordância do resultado desse protocolo e a percepção clínica do fisioterapeuta inserido na APS. Sem instrumentos de auxílio, os fisioterapeutas usam sua percepção para definir o encaminhamento dos pacientes. Além disso, o princípio da equidade pressupõe que a regulação trabalhe com organização do fluxo segundo critérios de urgência, sendo assim necessário verificar também a magnitude da concordância entre a classificação dos pacientes encaminhados para o secundário, o que é determinante para o seu tempo de espera pelo atendimento. Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar a concordância entre a percepção clínica dos fisioterapeutas da APS e o protocolo de encaminhamento proposto por Silva et. al.,<sup>10</sup> na determinação do encaminhamento e caráter de urgência de usuários que buscam o serviço de fisioterapia público municipal.

## Métodos

Realizado no contexto de Alfenas, município no sul de Minas Gerais, entre novembro de 2018 e julho de 2019, o estudo obteve anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, sob parecer nº 3.155.997. O estudo foi caracterizado como transversal metodológico para avaliação de concordância de um protocolo de encaminhamento<sup>10</sup> e a percepção clínica do profissional, considerado o julgamento pessoal do mesmo em relação à necessidade de encaminhamento do paciente.

O serviço público de fisioterapia de Alfenas conta com quatro fisioterapeutas na APS que dão suporte a 20 UBS, divididas em cinco por profissional. Os profissionais realizam atendimentos individuais ou em grupo nas unidades e atendimentos domiciliares, além da aplicação do protocolo para organização do fluxo pela determinação de quem permanecerá na APS e quem será encaminhado para o nível secundário. Antes da implementação do protocolo nesta rotina não havia padronização e a maioria dos casos eram encaminhados, gerando filas de espera grandes, sobrecarga do nível secundário e dificuldade de acesso do usuário.<sup>10</sup> O nível secundário é composto pela clínica-escola da Universidade Federal de Alfenas, cujo atendimento é dividido entre as especialidades musculoesquelética, neurofuncional adulto e infantil, reabilitação cardíaca e pulmonar, dermatofuncional, uroginecologia, fisioterapia aquática e gerontologia.

No momento da implementação do protocolo no serviço público de fisioterapia, realizou-se um levantamento do número de encaminhamentos médicos em fila de espera para atendimento na APS pelos fisioterapeutas, registrando um total de 1524 encaminhamentos, alvos potenciais para a aplicação do protocolo. Este passa a compor a rotina de trabalho dos fisioterapeutas e, após sua aplicação, é dado ao usuário um dos seguintes direcionamentos: manutenção na APS para atendimento individual ou em grupo, ou encaminhamento para o nível secundário, respeitando seu caráter de urgência.<sup>10</sup> Os quatro fisioterapeutas foram treinados para a aplicação do protocolo e inseriram a aplicação em sua rotina de trabalho por ordem da gestão municipal. Os usuários cujos encaminhamentos estavam acumulados foram chamados para triagem pelo protocolo (Figura 1).

É permitido ao profissional, após a aplicação do protocolo, encaminhar o paciente para o serviço secundário e definir a situação de urgência baseando-se na pontuação do protocolo, como também em sua experiência prática, conhecimento e percepção clínica. O fisioterapeuta registra na planilha de pacientes encaminhados sua percepção e a pontuação no protocolo, em colunas separadas. A planilha padronizada é uma ferramenta on-line, acessada por um profissional em central de regulação, para agendamento dos pacientes no momento em que são disponibilizadas vagas na clínica-escola, respeitando o caráter de urgência determinado.

Identificação usuário:		
1) Dados sobre a patologia (máximo 7 pontos)		
Diagnóstico clínico:		
Tempo do quadro atual/sintomatologia principal	(3) Menos de 3 meses (2) 3 a 6 meses (1) 6 meses a 1 ano (0) Acima de 1 ano	Pontuação:
Condição progressiva	(1) Sim (0) Não	Pontuação:
Alteração postural grave	(1) Sim (0) Não	Pontuação:
Quadro cínico estabilizado	(1) Não (0) Sim	Pontuação:
Realizou cirurgia	(1) Sim (0) Não	Pontuação:
2) Dor (máximo 7 pontos)		
Tem dor	(1) Sim (0) Não	Pontuação:
Intensidade (Escala de Visual Analógica)	(3) 8 - 10 pontos - dor muito forte (2) 5 - 7 pontos - dor moderada (1) 1 - 4 pontos - dor leve	Pontuação:
Tempo de dor nesta intensidade	(3) Menos de 3 meses (2) 3 a 6 meses (1) 6 meses a 1 ano (0) Acima de 1 ano	Pontuação:
3) Incapacidade (máximo 8 pontos)		
Apresenta incapacidade	(1) Sim (0) Não	Pontuação:
Se sim, como realiza as atividades de vida diária (AVD)	(3) Não realiza (2) Realiza com ajuda de terceiros (1) Realiza com uso de algum dispositivo	Pontuação:
Está realizando atividades laborais	(2) Está trabalhando, mas o trabalho prejudicado pelo problema (2) Não está conseguindo trabalhar (2) Está afastado pelo INSS devido ao problema (0) Não está tendo prejuízo no trabalho/não trabalha	Pontuação:
Isolamento social	(2) Sim (0) Não	Pontuação:
4) Cognição (máximo 2 pontos)		
Tem dificuldade de compreensão/expressão	(1) Sim (0) Não	Pontuação:
É capaz de seguir orientações	(1) Não (0) Sim	Pontuação:
5) Cuidador (máximo 2 pontos)		
Há necessidade de cuidador	(1) Sim (0) Não	Pontuação:
Há disponibilidade	(1) Não (0) Sim	Pontuação:
<b>PREENCHER SOMENTE EM CASO DE ENCAMINHAMENTO PARA O SETOR SECUNDÁRIO</b>		
Atenção secundária:		
<input type="checkbox"/> Musculoesquelética <input type="checkbox"/> Neurofuncional adulto <input type="checkbox"/> Neurofuncional infantil <input type="checkbox"/> Dermatofuncional <input type="checkbox"/> Uroginecologia <input type="checkbox"/> Reabilitação cardiovascular <input type="checkbox"/> Reabilitação pulmonar <input type="checkbox"/> Fisioterapia aquática <input type="checkbox"/> Gerontologia		
Classificação de urgência (preencher após a aplicação, caso ocorra encaminhamento)		
<input type="checkbox"/> Não urgente (entre 9 e 15) <input type="checkbox"/> Urgente (entre 16 e 21) <input type="checkbox"/> Muito urgente (entre 22 e 26)		

Figura 1 - Protocolo para encaminhamento.<sup>10</sup>

A avaliação do paciente que busca o serviço de fisioterapia na APS é feita somente pelo fisioterapeuta que atende à UBS ao qual ele se dirigiu, sendo um único profissional responsável pela aplicação do protocolo e inserção dos dados na planilha, quando necessário.

### Levantamento dos dados do estudo

Os dados utilizados no presente estudo foram obtidos da planilha preenchida pelos fisioterapeutas para a organização dos pacientes encaminhados ao serviço especializado. O profissional responsável pelas informações presentes na planilha de regulação do município assinou o Termo de Consentimento de Utilização de Dados para acesso dos dados pelos pesquisadores. Foram registradas informações referentes à idade, classificação por grau de urgência e pontuação de acordo com o protocolo, classificação por grau de urgência pela percepção do fisioterapeuta e especialidade da fisioterapia para qual o paciente foi encaminhado.

Foram considerados todos os encaminhamentos inseridos na planilha para análise da concordância entre o protocolo e percepção clínica do fisioterapeuta em relação ao encaminhamento para o nível secundário. Para avaliação da concordância da classificação de urgência foram considerados somente os que foram considerados encaminhados pelo protocolo e pela percepção clínica dos fisioterapeutas.

### Análise estatística

A descrição dos usuários inseridos na planilha foi realizada por valores de percentuais para as variáveis categóricas sexo e especialidade encaminhada, e média e desvio-padrão para a variável contínua idade. Foram avaliados os percentuais de encaminhamentos segundo a percepção clínica dos fisioterapeutas e pontuação do protocolo. Calculou-se o percentual de concordância do direcionamento para nível secundário para a amostra total e também para cada especialidade.

Entre os usuários para os quais houve concordância do protocolo e percepção clínica em relação ao encaminhamento, avaliou-se nova concordância para o critério de urgência entre a pontuação sugerida pelo instrumento e a percepção clínica dos fisioterapeutas. A avaliação da magnitude e significância desta concordância foi feita pelo coeficiente Kappa,

considerando-se: 0 = nenhuma concordância; 0 - 0,19 = *pobre*; 0,2 - 0,39 = *ligeira*; 0,40 - 0,59 = *moderada*; 0,60 - 0,79 = *substancial*; e e 0,80 - 1,0 = *perfeita* concordância.<sup>11</sup> Em casos onde não houve variabilidade entre as possibilidades de resposta pelo protocolo e/ou pela percepção dos profissionais, não foi possível o cálculo da estatística Kappa.<sup>11</sup> A significância do coeficiente Kappa foi avaliada pelo intervalo de confiança 95%. As análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS versão 21.0 para Windows e considerado nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

## Resultados

O total de usuários encaminhados para o serviço secundário de fisioterapia, inseridos na planilha padronizada para encaminhamento, foi de 715 indivíduos. Para avaliação da concordância do critério de urgência foram excluídos 96 usuários que, pelo protocolo, deveriam ser mantidos na APS, sendo considerada amostra de 619 usuários.

Todos os dados referentes aos usuários encaminhados foram extraídos das informações inseridas na planilha. Foi possível observar que a maior quantidade de encaminhamentos foi para musculoesquelética (44,9%) e a menor para o setor de reabilitação cardiovascular (0,90%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e descritivas da amostra (n = 715)

Variáveis	Amostra total
Idade em anos (média $\pm$ desvio-padrão)	53,81 $\pm$ 19,89
<b>Sexo</b>	<b>% (n)</b>
Masculino	31 (222)
Feminino	69 (493)
<b>Áreas da fisioterapia</b>	<b>% (n)</b>
Musculoesquelética	44,90 (321)
Fisioterapia aquática	18,70 (134)
Gerontologia	15,80 (113)
Neurofuncional adulto	8,80 (63)
Uroginecologia	4,10 (29)
Reabilitação pulmonar	2,90 (21)
Neurofuncional infantil	2,10 (15)
Dermatofuncional	1,80 (13)
Reabilitação cardiovascular	0,90 (6)

A Tabela 2 apresenta o percentual de concordância entre a determinação do encaminhamento pela pontuação no protocolo e a percepção clínica dos fisioterapeutas para a amostra total e em cada

especialidade. A Tabela 3 apresenta os resultados referentes ao percentual de concordância e índice de Kappa da determinação do caráter de urgência dos encaminhamentos.

**Tabela 2** - Percentual de concordância entre a determinação do encaminhamento pela pontuação no protocolo e pela percepção clínica dos fisioterapeutas (n = 715)

Especialidades	Classificação pontuação no protocolo	Classificação Percepção Clínica dos Fisioterapeutas			Porcentual de concordância (%)
		Não urgente	Urgente	Muito urgente	
Amostra total	APS	53	38	5	86,60
	Não urgente	363	90	26	
	Urgente	36	70	23	
	Muito urgente	1	2	8	
Musculoesquelética	APS	6	11	0	94,70
	Não urgente	176	47	6	
	Urgente	17	37	14	
	Muito urgente	0	1	6	
Neurofuncional infantil	APS	9	1	0	33,30
	Não urgente	3	1	1	
Fisioterapia aquática	APS	18	2	0	85,10
	Não urgente	78	7	8	
Reabilitação cardíaca	Urgente	7	13	1	50,00
	APS	0	3	-	
Reabilitação pulmonar	Não urgente	1	2	-	57,10
	APS	0	9	0	
Dermatofuncional	Não urgente	3	5	1	84,60
	Urgente	0	2	1	
Neurofuncional adulto	APS	1	0	1	81,00
	Não urgente	4	5	0	
	Urgente	0	2	0	
Uroginecologia	APS	8	4	0	27,60
	Não urgente	19	10	6	
	Urgente	2	7	3	
Gerontologia	Muito urgente	1	1	2	98,20
	APS	9	8	4	
	Não urgente	3	5	0	
Gerontologia	APS	2	0	0	98,20
	Não urgente	76	8	4	
	Urgente	10	9	4	

Nota: APS = Atenção Primária à Saúde; pacientes que não foram encaminhados para o nível secundário, devendo permanecer na APS para atendimento individual ou em grupo.

**Tabela 3** - Percentual e magnitude de concordância entre a determinação da urgência pela pontuação no protocolo e pela percepção clínica dos fisioterapeutas (n = 619)

Especialidades	Classificação Percepção Clínica dos Fisioterapeutas			Percentual de concordância (%)	Kappa*	IC95% Kappa	
	Classificação pontuação no protocolo	Não urgente	Urgente				Muito urgente
Amostra total	Não urgente	363	90	26	71,00	0,37 Ligeiro	0,30-0,43**
	Urgente	36	70	23			
	Muito urgente	1	2	8			
Musculoesquelética	Não urgente	176	47	6	72,00	0,44 Moderado	0,34-0,53**
	Urgente	17	37	14			
	Muito urgente	0	1	6			
Neurofuncional infantil	Não urgente	3	1	1	60,00	NC	NC
Fisioterapia aquática	Não urgente	78	7	8	79,80	0,35 Ligeiro	0,17-0,53
	Urgente	7	13	1			
Reabilitação cardíaca	Não urgente	1	2	-	33,30	NC	NC
Reabilitação pulmonar	Não urgente	3	5	1	41,60	0,15 Pobre	-0,05-0,37
	Urgente	0	2	1			
Dermatofuncional	Não urgente	4	5	-	0,20	0,35 Ligeiro	-0,05-1,02
	Urgente	0	2	-			
Neurofuncional adulto	Não urgente	19	10	6	54,90	0,25 Ligeiro	0,05-0,45**
	Urgente	2	7	3			
	Muito urgente	1	1	2			
Uroginecologia	Não urgente	3	5	-	37,50	NC	NC
Gerontologia	Não urgente	76	8	4	76,50	0,34 Ligeiro	0,17-0,51**
	Urgente	10	9	4			

Nota: \* Classificação Kappa: 0 - 0,19 = Pobre; 0,2 - 0,39 = Ligeiro; 0,4 - 0,59 = Moderado; NC = Kappa não calculado devido à ausência de variabilidade entre as classificações pelo protocolo.<sup>11</sup> \*\* Significativo pelo IC95%.

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a concordância entre a pontuação no protocolo e a percepção clínica dos fisioterapeutas atuantes na APS em relação ao encaminhamento e a classificação do caráter de urgência, determinante para o fluxo entre os níveis primário e secundário de atenção. A realização da avaliação fisioterapêutica na APS é de extrema importância para identificar a real necessidade do usuário e o uso de protocolos adequados facilita essa avaliação.

Ferrer et al.<sup>12</sup> identificaram que o acolhimento inadequado e a não realização de triagem por protocolo e estabelecimento de prioridade de atendimento geram grande insatisfação dos usuários mantidos em filas de

espera. Azevedo e Barbosa<sup>13</sup> definem a triagem como o primeiro atendimento prestado pelo profissional aos usuários dos serviços de saúde, com finalidade de realizar a avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos pacientes à assistência e especialidades adequadas. O presente estudo evidencia como a triagem por protocolo pode refletir a percepção clínica do fisioterapeuta e ajudar na tomada de decisão, uma vez que houve concordância entre elas em 86,6%.

Durante a triagem, o profissional é capaz de verificar a verdadeira demanda advinda dos usuários e direcionar a melhor conduta, mas na maioria dos casos é feita sem padronização, baseada apenas na experiência do profissional.<sup>13</sup> Com objetivo de construir

uma lista de espera em ortopedia e reumatologia no ambiente de saúde pública da Irlanda, O'Mahony e Blake<sup>14</sup> analisaram a opinião de fisioterapeutas sobre os protocolos implementados e constataram que 79% dos entrevistados estavam satisfeitos com a configuração da proposta. Silva et al.<sup>10</sup> concluíram que a avaliação do paciente pelo fisioterapeuta na APS é de extrema importância para resolução de alguns casos e direcionamento para nível secundário somente em casos de real necessidade. Novamente, o percentual de concordância de 86,6% em relação ao encaminhamento ou manutenção da APS reforçam a capacidade do protocolo de auxiliar neste trabalho.

Em relação às especialidades, o protocolo apresentou maior percentual de concordância em relação ao encaminhamento e classificação de urgência na musculoesquelética e gerontologia, com índices de Kappa moderado (0,44) e ligeiro (0,34), respectivamente, indicando maior adequação do protocolo para triagem nestas áreas. A gerontologia visa uma abordagem multifatorial do idoso. Uma avaliação gerontológica completa permite um diagnóstico do estado funcional de um indivíduo idoso, a detecção precoce de problemas de saúde e a orientação adequada de ações e serviços necessários.<sup>15,16</sup> Assim, torna-se coerente o protocolo apresentar pontuações mais adequadas para a área da gerontologia, pois ambos priorizam a funcionalidade na sua avaliação, especialmente em relação à CIF. Tal resultado é reforçado pelo percentual de concordância de 98,2% em relação ao encaminhamento para a atenção secundária e de 76,5% da classificação de urgência dos pacientes idosos encaminhados para o serviço secundário no município.

Os distúrbios que acometem o sistema musculoesquelético configuram-se como a segunda causa de busca de atendimento médico e hospitalar no Brasil, além de acarretarem alterações funcionais, comprometendo a participação do indivíduo nas suas atividades diárias e no convívio em sociedade,<sup>17</sup> domínios que são considerados durante a triagem pelo protocolo. Kennedy et al.<sup>18</sup> e Matifat et al.<sup>19</sup> observaram que a maior parte da demanda para o serviço de fisioterapia foi por problemas ligados aos ossos, músculos e articulações, indicando a importância de priorizar casos agudos, evitando a progressão das condições. Uma análise feita com fisioterapeutas da APS demonstrou que eles consideraram

pós-operatórios, casos cirúrgicos e agudos mais complexos como prioridade para encaminhamentos para o setor secundário, indicando que a percepção clínica dos fisioterapeutas pode ser coincidente com os critérios considerados pelo protocolo.<sup>20</sup> O percentual de concordância de 94,7% para definição do encaminhamento e 72% para definição da urgência encontrados no presente estudo reafirmam a relação apontada por Igwesi-Chidobe et. al.<sup>17</sup> entre a CIF e o raciocínio clínico em reabilitação musculoesquelética, ou seja, que o protocolo é capaz de captar e quantificar, ajudando na organização da demanda.

A uroginecologia foi a área onde o protocolo apresentou menor percentual de concordância para encaminhamento (27,6%) e classificação de urgência (37,5%). Uma possível explicação é o protocolo ter sido baseado na CIF, mas as maiores pontuações representarem os eixos estrutura e função, que podem estar menos comprometidos na atenção à gestante ou a idosas com queixas urinárias, por exemplo.<sup>10</sup> Mesmo a fisioterapia sendo indicada como a primeira opção de tratamento da incontinência urinária, existem relativamente poucos serviços públicos de atendimento fisioterapêutico a mulheres incontinentes no Brasil.<sup>21</sup> Historicamente, os distúrbios uroginecológicos como incontinência urinária e prolapsos são tratados por meio de cirurgias e medicamentos, e ainda é desconhecido para grande parte da população os benefícios da fisioterapia nessas disfunções.<sup>21,22</sup> Desta forma, o protocolo pode não ser eficaz para a determinação do direcionamento de pacientes com demandas para tratamentos uroginecológicos.

As demais especialidades da fisioterapia analisadas na pesquisa apresentaram Kappa ligeiro ou pobre, e percentuais de concordância mais baixos do que os encontrados nas áreas musculoesquelética ou gerontologia. Uma possível explicação pode ser sua especificidade contrastando com o perfil generalista do fisioterapeuta inserido na APS,<sup>3</sup> refletida aqui na limitação em definir o caráter de urgência do encaminhamento. Outra possibilidade é o fato de o protocolo ser um instrumento genuinamente generalista e, por isso, não captar pontos muito particulares das especialidades.<sup>4,10</sup>

O perfil predominante dos usuários cujos encaminhamentos compõe a amostra deste estudo foi de adultos, em sua maioria do sexo feminino. É comum o predomínio do atendimento a mulheres pelos serviços

de saúde, incluindo a fisioterapia. Tal predomínio se deve a maior longevidade do sexo feminino, maior preocupação com a saúde, maior exposição a fatores de risco para doenças devido aos papéis que exercem e ao predomínio de políticas de saúde atuais mais direcionadas às mulheres. Os homens procuram menos os serviços de saúde por constrangimento e ansiedade.<sup>23</sup>

Observou-se também um grande número de encaminhamentos médicos para fisioterapia que chegavam para a APS. Um dos motivos que pode justificar a grande demanda é o pequeno número de fisioterapeutas atuantes nas UBS. Braide et al.<sup>24</sup> identificaram que a oferta de profissionais fisioterapeutas é baixa para a demanda de usuários que necessitam do serviço nas UBS, dificultando o acesso a este serviço e conseqüentemente ocasionando persistência dos problemas de saúde da população atendida, prejudicando a longitudinalidade do cuidado. Os estudos de Almeida et al.<sup>25</sup> e Goodwin et al.<sup>26</sup> mostraram que a inserção da fisioterapia na APS é capaz de propiciar maior resolubilidade nas ações interdisciplinares junto à Estratégia de Saúde da Família, o que fortalece o nível primário como campo de atuação deste profissional.

Em relação às especialidades estudadas, a maior parte dos encaminhamentos para o nível secundário da RAS foi para a especialidade da fisioterapia direcionada ao tratamento de afecções musculoesqueléticas. Essa grande demanda é decorrente da mudança no estilo de vida e comportamento da sociedade moderna, da rotina de trabalho muitas vezes repetitiva e de alta velocidade, que contribuem para sobrecarga do sistema musculoesquelético, gerando dor, lesões e má postura.<sup>17,27</sup> Por outro lado, o estudo observou baixa demanda para o serviço de reabilitação cardiovascular.

A reabilitação cardiovascular traz inúmeros benefícios para os pacientes portadores de doenças cardiovasculares, como orientações sobre atividades físicas, prescrição de exercícios supervisionados e gerenciamento de fatores de risco, como dislipidemia, sobrepeso, hipertensão, diabetes mellitus e tabagismo. Apesar disso, Buys et al.<sup>28</sup> relataram que são baixos os níveis de participação nos programas de reabilitação cardiovascular e com altos níveis de abandono. Para Zhang et al.,<sup>29</sup> no Brasil essa baixa procura pode ser decorrente da falta de indicação médica, pouca

disponibilidade dos pacientes e da cultura de acreditar que não necessitam de reabilitação cardíaca. Ribeiro et al.<sup>30</sup> e Buys et al.<sup>28</sup> também corroboram com esses resultados e salientam que alguns fatores pessoais também podem levar à baixa procura, como problemas de transporte e percepção de cansaço.

São consideradas limitações do estudo o não acompanhamento dos usuários que foram mantidos na APS, não sendo então possível comparar a percepção clínica dos fisioterapeutas e o protocolo acerca do não encaminhamento para o nível secundário. Como pontos fortes, destaca-se o fato deste ser o primeiro estudo a comparar a percepção clínica de fisioterapeutas com uma proposta de protocolo para triagem em serviços de fisioterapia, e destacar como tais protocolos podem refletir a real necessidade dos usuários e auxiliar no gerenciamento do fluxo.

Como aplicação prática dos resultados do presente estudo, destaca-se a importância da inserção do protocolo na rotina de trabalho dos fisioterapeutas da APS e este ser capaz de refletir suas condutas. Instrumentos objetivos como este ajudam na padronização das decisões frente ao paciente e organização das demandas, garantindo maior equidade no acesso ao serviço especializado. Fisioterapeutas e gestores de saúde devem incentivar o uso desta ferramenta dentro dos serviços para melhor organização da demanda, que refletirá em satisfação do paciente.

## Conclusão

O protocolo, como ferramenta, foi capaz de auxiliar o fisioterapeuta no direcionamento dos usuários e otimizar o fluxo dentro do serviço, uma vez que a concordância entre seu resultado e a percepção do fisioterapeuta foi relevante. Desta forma, o protocolo pode ser utilizado como ferramenta de decisão para sistematizar os encaminhamentos e evitar filas de espera longas para o serviço secundário, especialmente nas áreas musculoesquelética e gerontologia.

## Agradecimentos

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Universidade Federal de Alfenas.

## Contribuição dos autores

LBM e FLSC foram responsáveis pela coleta dos dados e redação do manuscrito. A organização dos dados em tabelas foi realizada por LBM, TLS e SLAS. TLS também ficou responsável pela organização dos serviços para aplicação do instrumento e SLAS pela orientação da pesquisa, análise dos dados e interpretação dos resultados. Todos os autores participaram da elaboração e estruturação da pesquisa e aprovaram a versão final para publicação.

## Referências

1. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):169-73. DOI
2. Lopes SSS, Figueiredo AMFM, Durães DTS, Sales JWB, Pacheco MDS, Barbosa AAD. A atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde: a visão do usuário. *Rev Norte Mineira Enferm*. 2015;4(Ed Esp):11-2. [Link de acesso](#)
3. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. The role of physical therapists in the context of family health support centers. *Fisioter Mov*. 2017;30(4):703-13. DOI
4. CREFITO 5. Manual de Especialidades da Fisioterapia. 2017 [acesso 5 jan 2019]. Disponível em: <https://tinyurl.com/5trju8zu>
5. Bispo Jr JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(Suppl 1):1627-36. DOI
6. Ferretti F, Nierotka RP, Braghini CC, Teo CRPA, Ferraz L, Fanticelli ML. Physical therapist insertion in the Family Health Strategy team: the users' view. *Fisioter Mov*. 2015;28(3):485-93. DOI
7. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(Suppl 1):1467-78. DOI
8. Brasil. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p. [Link de acesso](#)
9. Brasil. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. v III. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 46 p. [Link de acesso](#)
10. Silva SLA, Aley NRL, Lima AJ, Almeida AP. Proposta de um protocolo de elegibilidade e encaminhamento para um serviço de Fisioterapia em uma Rede Municipal de Atenção à Saúde. *Rev Cient CIF Bras*. 2017;7(7):12-26. [Link de acesso](#)
11. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74. DOI
12. Ferrer MLP, Silva AS, Silva JRK, Padula RS. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. *Fisioter Pesqui*. 2015;22(3):223-30. [Link de acesso](#)
13. Azevedo JMR, Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. *R Enferm UERJ*. 2007;15(1):33-9. [Link de acesso](#)
14. O'Mahony N, Blake C. Musculoskeletal triage: The experiences of advanced practice physiotherapists in Ireland. *Physiother Pract Res*. 2017;38(1):7-16. DOI
15. Cavanaugh JC, Blanchard-Fields F. Adult development and aging. Boston, MA: Cengage Learning; 2018. 496 p.
16. Jansen-Kosterink S, van Velsen L, Frazer S, Dekker-van Weering M, O'Caomh R, Vollenbroek-Hutten M. Identification of community-dwelling older adults at risk of frailty using the PERSSILAA screening pathway: A methodological guide and results of a large-scale deployment in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2019;19:504. DOI
17. Igwesi-Chidobe CN, Bartlam B, Humphreys K, Hughes E, Protheroe J, Maddison J, et al. Patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: perceptions of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy*. 2019;105(Suppl 1): E31. DOI
18. Kennedy PC, Purtill H, O'Sullivan K. Musculoskeletal pain in Primary Care Physiotherapy: Associations with demographic and general health characteristics. *Musculoskelet Sci Pract*. 2018;35:61-6. DOI

19. Matifat E, Méquignon M, Cunningham C, Blake C, Fennelly O, Desmeules F. Benefits of musculoskeletal physical therapy in emergency departments: a systematic review. *Phys Ther*. 2019;99(9):1150-66. DOI
20. Lima AJ, Lemes NR, Britto GEG, Goyatá SLT, Silva SLA. Resolutividade da fisioterapia na atenção básica à saúde (AB): a percepção de fisioterapeutas. *Cad Edu Saude e Fis*. 2017;4(8):14-22. DOI
21. Pereira AGP, Mejia DPM. O papel da fisioterapia no prolapso uterino [acesso 4 dez 2019]. Disponível em: <https://tinyurl.com/2pubw27m>
22. Wieggersma M, Panman CMCR, Hesselink LC, Malmberg AGA, Berger MY, Kollen BJ, et al. Predictors of success for pelvic floor muscle training in pelvic organ prolapse. *Phys Ther*. 2019;99(1):109-17. DOI
23. Yousaf O, Grunfeld EA, Hunter MS. Systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychol Rev*. 2015;9(2):264-76. DOI
24. Braide ASG, Oliveira MCX, Gadelha NNT, Pinto ERS, Nascimento FNS, Caldas JMP. Narrativa do usuário sobre o acesso a unidade básica de saúde e encaminhamento ao tratamento fisioterapêutico. *CIAIQ*. 2019;2:1090-5. [Link de acesso](#)
25. Almeida SM, Martins AM, Escalda PMF. Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia. *Fisioter Pesq*. 2014;21(3): 271-8. [Link de acesso](#)
26. Goodwin R, Moffatt F, Hendrick P, Logan P. Sociocultural challenges faced in implementing self-referral physiotherapy in primary care - a qualitative evaluation of staff opinions. *Physiotherapy*. 2017;103(Suppl 1):E6. DOI
27. French HP, Galvin R. Musculoskeletal services in primary care in the Republic of Ireland: an insight into the perspective of physiotherapists. *Physiotherapy*. 2017;103(2):214-21. DOI
28. Buys R, Claes J, Walsh D, Cornelis N, Moran K, Budts W, et al. Cardiac patients show high interest in technology enabled cardiovascular rehabilitation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016;16:95. [Link de acesso](#)
29. Zhang L, Sobolev M, Piña IL, Prince DZ, Taub CC. Predictors of cardiac rehabilitation initiation and adherence in a multiracial urban population. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2017;37(1):30-8. DOI
30. Ribeiro ALP, Duncan BB, Brant LC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. *Circulation*. 2016;133(4): 422-33. DOI