

## DEMANDAS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS E CONTROLE DAS FILAS: discutindo a atuação dos fisioterapeutas das equipes NASF

**Neilma Alves da Silva Pereira,**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Escola Superior de Administração -ESAN,  
neilmaalves@hotmail.com

**Marco Antonio Costa da Silva,**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Escola Superior de Administração -ESAN,  
jtemda@yahoo.com.br

### RESUMO

O atendimento à saúde da população constitui uma das tarefas mais complexas na atuação do poder público municipal. Estão a ele relacionados muitos fatores como, por exemplo, a escassez de recursos financeiros que se torna um desafio para sua gestão. Um problema recorrente no sistema de saúde pública são as filas extensas para atendimento de alta e média complexidade (cirurgias, procedimentos traumato-ortopédicos, exames, serviço de reabilitação e outros). Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar qualitativamente e quantitativamente a estratégia utilizada para triagem de pacientes, bem como os resultados alcançados com a implantação de uma ferramenta utilizada pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) da Prefeitura Municipal de Campo Grande – MS. Os resultados da pesquisa demonstram que a ferramenta de triagem utilizada pelos fisioterapeutas do NASF, têm apresentado resultados importantes para solucionar parte dos problemas de atendimento da demanda dos usuários nos serviços de fisioterapia.

**Palavras-chave:** Fila; Triagem; Administração Pública; Gestão; Saúde Pública.

## 1 INTRODUÇÃO

A Gestão Municipal de Campo Grande – MS utiliza os instrumentos de planificação do Sistema Único de Saúde (SUS) alinhados as legislações vigentes para definir as políticas públicas no setor da saúde. O planejamento em saúde segue as leis da Constituição Federal de 1988 e as Leis orgânicas do SUS nº. 8.080 e nº 8.142/ 1990, bem como Plano Municipal de Saúde (PMS) - 2018/2021 – que é construído de forma conjunta com os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), alinhando as políticas de saúde com plano de governo do período e contém diretrizes que visam o atendimento a população e obtenção de indicadores que expressem a atenção a saúde, garantindo o acesso e integralidade de serviços nos diversos níveis da atenção (PMSCG-2018-2021).

O Município de Campo Grande – MS vem desenvolvendo ao longo dos anos as Conferências de Saúde que asseguram a participação popular e dos Conselhos de Saúde na gestão, visando apontar, discutir, os principais problemas de saúde e os caminhos para a superação dos mesmos. Os resultados desses debates fomentam a elaboração o monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde (PMS) e alinha as políticas de Saúde com plano de governo do período visando a humanização no atendimento à população e na obtenção de indicadores que expressem a qualidade de atenção à saúde, além de garantir o acesso aos serviços nos diversos níveis de atenção.

A construção compartilhada do Plano Municipal de Saúde – 2014 – 2017 e o alinhamento à programação do Plano Plurianual – (PPA), tem como estrutura cinco programas. O primeiro requisito é o fortalecimento da atenção básica por estar próxima do domicílio dos usuários facilitando o acesso , o vínculo e o cuidado continuado às famílias, a constituição de novas equipes de saúde , a proposição do terceiro turno ampliando o acesso principalmente para a população trabalhadora e o fomento de estratégias tais como as Equipes dos Núcleos Ampliados de Apoio a Saúde da Família (NASF), além de propor a criação de academias ao ar livre visando a promoção e prevenção da saúde atenção (PMSCG-2014-2017).

Fazendo parte do segundo programa está a implementação da rede de serviços da média e alta complexidade incluindo a criação do Centro Especializado de Reabilitação (CER) a implementação do processo de regulação de vagas também foi pontuado e ainda a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial com foco na vulnerabilidade e acesso. O Plano Municipal

de Saúde 2018/2021 incluiu no rol suas metas ampliar em 100% a oferta de vagas de fisioterapia em Rede própria, e reorganizar os sete distritos Sanitários de Saúde. São alguns pontos relevantes contidos em cada programa que norteiam a gestão em saúde visando a organização do trabalho, a coordenações das ações no intento de obter resultados com níveis de eficiência e eficácia alinhados com os requeridos pela população.

Os dados demonstram grande dificuldade do poder público de atender as demandas de saúde para esse tipo de atendimento. De acordo com Carvalho e Barbosa (2012, p.17) “os problemas e necessidades que se manifestam sob forma de demandas, espontâneas ou incentivadas precisam estar associadas à possibilidade de resolução”. Para os autores, fazer gestão em saúde é unir necessidades e demandas sempre entendidas como problemas a serem enfrentados com tecnologias, de forma abrangente e com a organização do trabalho mobilizando recursos adequados sejam de profissionais ou equipamentos. Carvalho e Barbosa (2012.p.18) afirmam que “Fazer gestão em saúde é resolver problemas sanitários que podem ser identificados em vários níveis de cuidado, do primário na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, secundários ou em níveis terciários que englobam a alta complexidade”.

A análise situacional da unidade de atendimento UERD, mostrou que além do problema da fila de espera, outros aspectos podem também contribuir para o excesso de demandas e ineficácia do sistema, tais como: a) falta de atualização cadastral do usuário; b) problemas de comunicação com os mesmos; c) falta de seleção para os atendimentos; d) falta de acompanhamento do agendamento pelo usuário; e) necessidade de flexibilização de horários para o atendimento; f) forma de contrato com as clínicas terceirizadas; g) problemas de comunicação e integração entre os serviços terceirizados e os da Rede Municipal e; h) abandono do atendimento pelo usuário que podem contribuir com a cronificação das doenças com formação e instalação de sequelas fazendo com que o mesmo retorne ao serviço de forma constante realimentando o sistema.

A informação deve ser uma ferramenta de uso constante na gestão para manutenção do foco na resolução dos problemas e uma vez realizada a intervenção, é importante avaliar os resultados que de acordo com Carvalho e Barbosa (2012.p.18) “a avaliação seria a parte mais nobre da gestão”, ela confirma o acerto das escolhas na forma de enfrentar os problemas, com eficiência, qualidade e segurança.

Como se constata, o problema da fila tem amplas fontes e uma complexidade que extrapola análises simplicistas e que não sejam pensadas de forma integrada. Nesse contexto, as grandes filas não podem ser resolvidas se não com ações que abordem o problema como um todo. Assim, este artigo pretende responder a seguinte questão: A triagem como estratégia pode se constituir em uma ferramenta efetiva para otimizar a demanda do serviço de reabilitação em fisioterapia - ortopedia e traumatologia da Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande – MS? A pesquisa é de natureza quantitativa e qualitativa e pretende analisar a estratégia utilizada para triagem e os resultados alcançados a partir da implantação de uma nova ferramenta pela equipe do NASF-CG.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Gerir um serviço que envolva fila de espera representa um desafio para qualquer gestor seja no setor público ou privado. No setor da saúde pública ela leva o usuário a várias inferências sobre a qualidade, como inoperância do sistema, escassez de profissionais e de ofertas de serviço, ou conforme Vilela (2010) refletir para o usuário um descaso, humilhação, engano com a população.

A fila de espera possui configurações que variam, podendo ser presencial ou explícita quando uma pessoa se posiciona, uma atrás da outra aguardando o atendimento, isso envolve uma quantidade de fatores, como tempo do usuário que pode ser variável. Quando o tempo na fila é longo muitos aspectos podem ser levantados com relação a qualidade do atendimento: a) profissional que atende é lento; b) procedimento a ser realizado é demorado; c) falta material para atendimento; d) ausência de profissionais; e) falta de energia elétrica e; f) falta de internet, dentre outros (VILELA,2010).

Do modo implícito, são as filas virtuais quando o usuário agenda o serviço e aguarda a comunicação da Rede para ir até o local do atendimento, é o caso da fila de espera dos pacientes para o serviço de reabilitação da Unidade de Reabilitação e Diagnóstico (UERD). Embora não exponha tanto o usuário, pode deixá-lo ansioso ou insatisfeito com o serviço, exige que o mesmo esteja com o cadastro atualizado, tenha o telefone funcionando bem e atento para a possibilidade de ser ou não convocado para receber o atendimento.

A lista de espera é um problema constante na Rede Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, conforme informação do sistema e-SUS – SAMU (PMSCG, 2017, p. 50) neste setor, a maior demanda está relacionada com a especialidade clínica adulto, seguidos do serviço de pediatria e traumatologia. No setor de especialidades a maior demanda reprimida para consultas é para Neurologia (8.391), Neurocirurgia, Psiquiatria, Endocrinologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Reumatologia e Ortopedia (2570). Como podemos observar, o número de demandas aproximadamente sete mil para o serviço de fisioterapia acompanha a média das especialidades, o que justifica fazer parte do rol de metas do Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 ampliar a oferta de consultas e a oferta (100%) de vagas em fisioterapia na Rede própria.

Ainda que a gestão tenha se empenhado em ampliar o número de profissionais fisioterapeutas na Rede, quatorze inseridos nas equipes NASFs e sete no ambulatório da UERD, os impactos dos serviços prestados à população nos apontam a necessidade de rever as estratégias em busca de soluções para o elevado número de pacientes que aguardam atendimento conforme lista no SISREG.

Casos semelhantes aconteceram nas cidades Florianópolis e Belo Horizonte. Em Florianópolis o pico da fila de espera para o serviço de reabilitação de acordo com Riella *et al* (2013) ocorreu em julho de 2011 com 10.038 solicitações pendentes no SISREG. Uma das estratégias foi tornar o serviço 100% regulado e qualificar a fila com a microrregulação dos encaminhamentos realizados em todos os Centros de Saúde. O município passou gerenciar a fila com as tecnologias existentes tais como avaliação técnica para priorizar os casos, ordenar os fluxos e otimizar as vagas de tratamento fisioterapêutico nas Policlínicas. Segundo os autores, esse trabalho foi possível a partir da integração da Fisioterapia na Atenção Primária em Saúde (APS) através das equipes NASF, aproximando o profissional fisioterapeuta das necessidades do usuário e das equipes de Saúde da Família. A experiência se mostrou exitosa apresentando uma redução de 14% do número de usuários na fila de espera e as inserções de solicitações no SISREG reduziram de 5,7 para 2,2 encaminhamentos por Estratégia de Saúde da Família (ESF) por mês.

Lemos *et al.*, (2012) iniciaram uma análise sistemática da lista de espera no município de Belo Horizonte, entre 2011 e 2012, para o serviço de fisioterapia na maioria, nas áreas de ortopedia e traumatologia. Os autores diagnosticaram os seguintes problemas: 1) encaminhamentos desnecessários; 2) discrepância na classificação de prioridades; 3) falta de



clareza nos papéis de cada serviço –Centro de Reabilitação (CREAB), equipe NASF e prestadores; 4) a fila de espera era organizada por cada serviço, sem registros eletrônicos com diferentes abordagens.

Lemos *et al.*, (2012) apontaram algumas das estratégias utilizadas para a resolução dos problemas: 1) definição de profissionais para compor a equipe de regulação no SISREG; 2) realização de análises frequentes na lista de espera; 3) criação de fórum mensal para a discussão de caos e processos de trabalho entre CREAB e NASF; 4) unificar os critérios de prioridades e regular os acessos dessas prioridades; 5) qualificar os encaminhamentos por meio de protocolos; 5) agendamento de atendimento via NASF para avaliação e critério de prioridades e; 6) criação de grupo de trabalho para a realização de estudos sobre o acolhimento, filas de espera e critérios de prioridade da reabilitação (alta , média e baixa ).

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica, portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011) os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) foram criados com objetivo de ampliar o escopo e abrangência da atenção básica e sua resolutividade, visando principalmente reduzir os encaminhamentos, espera-se que pelo menos 80% dos problemas apresentados pelos usuários sejam solucionados nas Unidades Básicas de Saúde da Família. A lógica de atuação do NASF é pautada no apoio matricial que é uma forma de trabalho colaborativo com pelo menos duas dimensões: técnico-pedagógico e clínico-assistencial.

Para Melo, Vianna e Pereira (2016) o apoio matricial possibilita o trabalho conjunto que se diferencia de formas tradicionais de organização da atenção à saúde e da assistência. Na ótica desses autores há uma troca de saberes “aquele que matricula também é matriciado” (MELO *et al.*, 2016, p. 72) ampliando os saberes de ambas as partes.

A inserção do profissional fisioterapeuta na atenção primária a saúde (APS) de acordo com Tavares *et al.*(2010, p.10) traz desafios diversos a começar por suas origens, no final do século XIX ,voltadas para tratamento de pessoas com alterações físico-funcionais em fases tardias. No Brasil, desenvolveu-se a partir do século XX no contexto de altos índices de acidentes de trabalho, bem como para tratar as sequelas de poliomielite dando ênfase a atuação reabilitadora da profissão. Sendo vista de forma geral pelos usuários como uma atenção que requer do profissional o uso de tecnologias duras com bases em equipamentos de eletroterapia, termoterapia, hidroterapia dentre outros, é comum que ao ser atendido nas Unidades Básicas de Saúde da Família este usuário tenha como expectativa o uso dessas ferramentas.

A importância do profissional fisioterapeuta na atenção primária vem sendo reforçada desde o ano de 2007 com atuação dos Conselhos, Federal (COFFITO), Regional (CREFITO) através dos fóruns nacionais de políticas profissionais e a requalificação e reformulação das diretrizes curriculares nacionais. Essa aproximação da atuação e formação desses profissionais a políticas nacionais de saúde vem promovendo um crescimento expressivo de fisioterapeutas na atenção primária. A inclusão destes parece também ser vantajosa em vários aspectos; na prevenção como na promoção da saúde e reabilitação, que possibilita através de consultas e avaliações atender às necessidades do usuário de forma precoce por meio de orientações e procedimentos, auxiliando e prevenindo, em alguns casos, a instalação de sequelas que possam retardar o processo de reabilitação, incentivando o autocuidado. Estes pacientes também poderão ser, de acordo com suas necessidades, encaminhados para outros pontos de atenção tais como os grupos de ginástica de baixo impacto oferecidos pela Rede, pilates, grupos de lombalgia, dentre outros.

O uso da triagem como estratégia para qualificar e priorizar o atendimento ambulatorial de fisioterapia também poderá contribuir para o maior reconhecimento da atuação do profissional fisioterapeuta na atenção primária, fugindo dos padrões tradicionais de atendimento que requer uso de tecnologias duras (equipamentos) para realizar seus atendimentos. Para Merhy (2007, p. 283) quando o “trabalho morto” (uso de equipamentos) preside, as práticas em saúde tendem a ficar rígidas, fechadas dificultando a atenção as reais necessidades dos sujeitos, contrapondo a prática do “trabalho vivo” em ato, com acolhimento, onde existem relações de afeto, produção de vínculos e troca entre os sujeitos.

### 3 METODOLOGIA

Para realização da pesquisa utilizou-se das abordagens qualitativa e quantitativa e descritiva. De acordo com Marconi e Lakatos e (2017) na pesquisa qualitativa é possível ter um contato direto e ao mesmo tempo prolongado com o objeto de estudo. Já o enfoque quantitativo se apoia em dados quantitativos para sua estruturação. De acordo com Roesch (2009) o método qualitativo se diferencia do quantitativo por colocar seu foco em questões da realidade social que não podem ser quantificadas, buscando a compreensão da dinâmica dessas relações. Para este estudo, utilizou-se da perspectiva quali/quantitativa para compreender como a gestão da triagem dos pacientes, a partir de dados e documentos, contribui para analisar a fila no atendimento.

Com relação ao campo teórico-metodológico a pesquisa foi construída a partir da discussão de dois constructos teóricos: 1) a gestão da fila e; 2) a gestão compartilhada com a participação de fisioterapeutas. Como estratégia, a pesquisa utilizou-se do estudo de caso (ROESCH, 2009). O caso estudado nesta pesquisa no serviço de reabilitação em fisioterapia - ortopedia e traumatologia da Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande- MS, no Estado de Mato Grosso do Sul. A escolha por esse caso se dá em função da atuação da pesquisadora como profissional desse Núcleo, e conseqüentemente do acesso aos documentos e informações coletadas na pesquisa. Como fonte de dados foi utilizado os documentos. Godoi (2006) explica que os documentos devem ser entendidos de forma mais ampla podendo ser materiais impressos ou não desde que sejam informações relevantes para o objeto da pesquisa. Desta forma, são informações que estão em estado primário e ainda não receberam nenhum tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com o objeto da pesquisa, tais como jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais, relatórios etc. (ROESCH, 2009).

Os documentos utilizados para esse artigo foram: 1) Relatório da FERRAMENTA FormSUS - Planilha de demanda reprimida do Sistema de Regulagem – (SISREG) relatório de atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras pelas equipes NASF UNIVERSITÁRIO A, B, C e D; NASF BATISTÃO ABC e D; NASF SEMINÁRIO A e B; NASF NOVA LIMA A e B; 2) Comunicação interna da Divisão de Núcleo de Apoio a Saúde da Família – SESAUE; 3) Plano Municipal de saúde.

Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2006, p.38) é “um conjunto de técnicas de análise que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo”. Desta forma, com base nos constructos teóricos, foi realizada a análise dos dados. Para análise dos dados quantitativos foi utilizado a estatística descritiva, mais especificamente com percentual. É importante esclarecer que os dados quantitativos analisados são referentes ao mês de fevereiro e março de 2019.

## **4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Campo Grande tem atualmente uma população estimada em 885. 711(2018) pessoas com índice de desenvolvimento humano (IDHM) de 0,784 (2010). A faixa etária de 0 – 14 anos declinou



(2000 – 2010) conforme informações contidas no PMS – 2018 – 2021, ao passo que o grupo de idosos de 65 anos a mais (no mesmo período) seguiu uma trajetória ascendente.

Para assistência do Sistema de Saúde (SUS) à população, o território está dividido em quatro Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste). Para facilitar a organização e articulação das unidades vinculadas, houve um redimensionamento territorial de acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021, criando mais três Distritos Sanitários, totalizando sete (7): 1) Distrito Sanitário Região do Bandeira; 2) DS Região do Imbirussu; 3) DS Região do Prosa; 4) DS Região Segredo; 5) DS Região Anhanduizinho; 6) DS da Região da Lagoa e; 7) Distrito Sanitário Região Centro. Atualmente, Campo Grande conta com vinte e quatro (24) Unidades Básicas de Saúde (UBS), quarenta e duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), que juntas sediam setenta e três equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e cento e uma equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conforme o PMSCG (2017, p. 32) a organização do SUS em distritos permite integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações em saúde, desta forma, torna-se instrumento de estratégia para organização dos serviços para a busca, construção e implementação de novos modelos de saúde.

A atenção básica do município de CG - MS de acordo com dados do PMSCG (2018, p.33) conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 42 Unidades Básicas de saúde da Família (UBSF), juntas sediam 73 equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 101 equipes de Saúde da Família (ESF). O modelo UBSF conta com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, odontólogo e auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, gerente, assistentes sociais e auxiliar administrativo. Atualmente trinta e sete (37) unidades básicas de saúde da família recebem apoio das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional composta por psicólogo, médicos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, farmacêutico e outros. Através do apoio matricial com os profissionais das UBSF, buscam soluções conjuntas para as necessidades dos usuários do SUS com vistas a reduzir os encaminhamentos para outros níveis da atenção.

A gestão da saúde pública é organizada em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. No nível primário estão as unidades básicas de saúde da família (UBSF), conhecidas como porta de entrada do usuário no sistema único de saúde (SUS), no nível secundário estão

as unidades de pronto atendimento (UPAs), bem como os atendimentos especializados ou de média complexidade, e no nível terciário estão os hospitais de grande porte e alta complexidade. O acesso do usuário aos serviços do SUS se dá de forma espontânea (de acordo com a necessidade do usuário) ou através do sistema eletrônico (SISREG). A ferramenta SISREG é fornecida pelo ministério da saúde (MS) e foi criada para o gerenciamento de todo o complexo regulador, esta permite o agendamento de consultas e tratamento, a confirmação do atendimento e a oferta de leitos hospitalares (Rede de atenção à saúde – MS).

No âmbito da atenção especializada, o município de Campo Grande – MS conta com um Centro de Reabilitação em Fisioterapia Ortopédica denominado Unidade Especializada em Reabilitação e Diagnóstico (UERD) localizado na Vila Almeida, distrito sanitário Oeste, com lotação de sete (7) profissionais fisioterapeutas, trabalhando de acordo com os parâmetros assistenciais preconizados para atenção ambulatorial (atender doze pacientes por turno de seis horas), de acordo com a resolução n\* 387 de 08.06.2011 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional /CREFITO-13.

## **4.2 Breve descrição dos NASF**

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASFs) são equipes multiprofissionais que atuam de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e Atenção Básica para população de um território específico. Foram criados pelo Ministério da Saúde por meio da portaria no. 154, de 24 de janeiro de 2008 e com a finalidade de possibilitar que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com essas equipes, novas regulamentações foram elaboradas, a de no. 2.488 de 21 de outubro de 2011 e a no. 3.124, de 28 de dezembro de 2012 que redefine as modalidades para NASF1( vinculada entre 5 a 9 equipes de saúde da família), NASF2( 3 a 4 equipes de saúde da família) e NASF3 ( 1 a 2 equipes de SF) (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2015 ) .

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico – metodológico do apoio matricial. É uma estratégia que ocorre a partir da integração com as equipes de Saúde da Família que de acordo com às necessidades, dificuldades e limites dessas diante das demandas dos usuários, buscam este apoio com o objetivo de contribuir para o aumento da capacidade do

cuidado, ampliar o escopo das ofertas (abrangência de ações), articulação com outros pontos da rede quando for necessário e garantir a continuidade do cuidado.

O apoio matricial do NASF materializa-se por meio de compartilhamento de problemas, troca de saberes, articulação pactuada de intervenções dentre outras, constitui, portanto, uma retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica / Saúde da Família. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2015, p.17).

Em Campo Grande–MS, no ano de 2009, surgiu a primeira equipe do NASF Seminário, no território do Jardim Seminário, funcionando dentro das instalações da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) trabalhando em parceria com a universidade através do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) contribuindo para a inserção de acadêmicos na prática do ensino serviço. Atualmente, com ampliação da cobertura em novos territórios a equipe se dividiu em duas (A e B). Assim, ocorreu também com outras equipes NASF Universitário (A, B, C e D), Batistão (A, B, C e D) e Nova Lima (A e B). No total, até o momento, são 12 equipes, totalizando 14 fisioterapeutas que dão cobertura a 70% do território de Campo Grande- MS.

O NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente, isso quer dizer que os profissionais se utilizam do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde que a equipe apoia para o desenvolvimento de seu trabalho. Atuam a partir das demandas identificadas pelos profissionais das unidades de saúde e trabalham em conjunto na busca de soluções para os problemas apresentados.

O NASF, junto com as equipes das Unidades Básicas de saúde da Família (UBSF), desenvolve ações voltadas para a saúde da criança, adolescentes, adultos, idosos. Para a realização de seu trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas: discussões de casos, atendimento em conjunto (consultas compartilhadas), atendimentos individuais, construção de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenção no território e em outros espaços da comunidade, visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção, discussão do processo de trabalho das equipes e atualmente a partir de fevereiro 2019, o serviço de triagem, como passou a ser realizado pelos fisioterapeutas nas unidades básicas de saúde apoiadas (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2015 . p. 21).

Para uma melhor compreensão da articulação e estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS apresentamos o organograma com a estrutura da secretaria Municipal de Saúde onde está localizado o Plano Municipal de Saúde (PMSCG 2018-2021).

A Secretaria Municipal de Saúde – SESAU tem, conforme PMSCG – 2017, sua competência e estrutura básica instituída no Decreto no. 13.066, de 29 de novembro de 2017, publicado no DIOGRANDE n. 5.076 de 4 de dezembro 2017. As equipes NASFs estão vinculadas a Superintendência da Rede de Assistência à Saúde (SRAS) através da Coordenadoria de Rede de Atenção Básica (CRAB) na Divisão do Núcleo de apoio à Saúde da Família (DNASF). Compete a Superintendência coordenar, controlar, avaliar as ações e serviços de saúde em sua base territorial em consonância com as diretrizes do SUS e outras competências conforme citadas no diário oficial p.6. Cada equipe NASF tem um coordenador que é escolhido de forma democrática pelos profissionais e através de rodízios são trocados a cada seis meses, este torna o elo principal entre a equipe NASF e a Coordenadoria da Rede de atenção Básica (CRAB).

#### **4.3 Atuação do NASF – a solução a partir da triagem**

Como estratégia de atendimento à população no campo da promoção e prevenção a Superintendência da Rede de Assistência à Saúde (SRAS) através da Coordenadoria da Rede de Assistência Básica (CRAB), em 2017 ampliou para doze (12) as equipes dos Núcleos Ampliado a Saúde da Família (NASFs), dando cobertura a 70% do território de Campo Grande MS. A rede tem, além de outros profissionais, 14 fisioterapeutas atuando de forma integrada com as equipes das Unidade Básicas de Saúde da Família, através do apoio matricial, auxiliam na solução dos problemas clínicos e sanitários de cada unidade, contribuindo para ampliar o atendimento à população, buscando maior efetividade e redução dos encaminhamentos para outros níveis da atenção.

A atual gestão (2018/2019) da Superintendência da Rede de Saúde através da Coordenadoria da Rede de Assistência Básica (CRAB) preocupada com as demandas existentes no SISREG, mais de sete mil usuários na fila aguardando atendimento para o serviço de reabilitação, decidiu colocar o problema como pauta da reunião do colegiado dos profissionais de fisioterapia para conhecimento e debate, com objetivo de em um esforço de gestão compartilhada, buscar soluções para reduzir as filas.

O modelo de gestão colegiada ou compartilhada, de acordo Bernardes e col. (2011) trata da descentralização da organização, por meio de unidades funcionais autônomas, com menos hierarquia, com maior poder de decisão, projetadas com base em equipes com responsabilidade e equilíbrio dinâmico, construído com a intenção de descentralização do poder e da autoridade

visando a resolução de problemas de forma compartilhada, com sistema de comunicação mais simples e direta, buscando meios para a melhoria da qualidade da assistência além da motivação e satisfação da equipe para alcance dos objetivos e metas.

Como resultado do trabalho desse grupo, a primeira alternativa proposta pelas fisioterapeutas para o atendimento à alta demanda foi a expansão do serviço ambulatorial, pelo menos um em cada Distrito Sanitário (Norte, Sul, Leste e Oeste), porém envolveria tempo e disponibilidade de recursos financeiros. Outra estratégia em curto prazo, seria realizar avaliação e seleção dos pacientes através de consultas (triagem). Dos resultados de alguns debates entre gestão e profissionais fisioterapeutas, elaborou-se um projeto tendo como referência o modelo de solução proposto para os problemas semelhantes ao que havia ocorrido em Florianópolis e Belo Horizonte (2011/2012), bem como nas proposições sugeridas por pesquisadores na da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (SILVA, SANTOS E BONILHA, 2014) que discutiram aspectos relacionados a qualidade da atenção fisioterapêutica ambulatorial do SUS e a satisfação dos usuários do município de Campo Grande – MS.

Conforme o caderno humaniza SUS (2009 p.10) a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e das práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz e eficiente e motivador para as equipes.

No final de 2018 a gerência da CRAB/DNASF convocou reunião dos fisioterapeutas com os profissionais do SISREG para uma discussão sobre protocolo de atendimento, procedimentos e seleção de prioridades (classificação de risco) para o atendimento ambulatorial de fisioterapia. O resultado foi a classificação das prioridades em quatro cores que classificam os pacientes segundo a sua urgência, 1) Vermelho: situações em que o paciente realizou pós-operatório imediato; pós-trauma (priorizando o trabalhador, idosos e crianças); doenças relacionadas ao trabalho com relato de afastamento; pós-operatório de amputação; quadro de dor em fase aguda; .2) Amarelo: pós-operatório realizado há mais de 3 meses; pré-operatório; lesões por esforço repetitivo; 3) Verde: queixas relacionadas a coluna vertebral há mais de 6 meses sem perda de funções sensório-motoras; disfunções ortopédicas há mais de 6 meses e; 4) Azul: dor crônica há mais de 1 ano, doenças reumatológicas; perda de amplitude de movimento não relacionada à trauma ou pós-operatório; demais situações não elencadas anteriormente.

A triagem classificatória de risco é um instrumento atualmente utilizado pelo enfermeiro nas unidades de saúde e faz parte do Programa de Qualificação na Atenção a Saúde do SUS



QualiSUS (2005), implantado conforme resolução SESAU no. 87, de 03 de agosto 2009 com objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os por ordem de prioridade de gravidade para o atendimento. Conforme PMSCG (2018, P. 44), esta forma de classificação tem demonstrado uma boa resolutividade nos atendimentos, os hospitais recebem casos já avaliados com maior grau de complexidade, não sobrecarregando os prontos socorros.

A partir de fevereiro de 2019 as trinta e sete unidades de saúde apoiadas pelas equipes NASFs disponibilizaram parte da agenda dos fisioterapeutas para executar o serviço de Triagem de Manchester que de acordo com Carvalho (2015, p. 15). Trata-se de um sistema de prioridades existentes nas urgências hospitalares que tem como objetivo o atendimento mais rápido de situações de risco para a saúde. Os pacientes que, conforme avaliação do profissional fisioterapeuta tiverem condições de serem atendidos nas Unidade Básicas de Saúde da Família (UBSF), serão acompanhados de forma individual pelo profissional ou inseridos em grupos operativos, liberando a vaga no SISREG para aqueles que requerem atendimento ambulatorial de acordo com a classificação de risco.

As consultas são registradas pelos profissionais no sistema e-SUS PEC (Prontuário Eletrônico). Os pacientes encaminhados pelo SISREG para triagem (o que estão na fila de espera) também são registrados pelos fisioterapeutas na ferramenta FormSUS. Trata-se de um serviço do DATASUS para criação de formulários na WEB é um serviço de uso público com normas de utilização definidas, compatíveis com legislação e com a política de informação e informática do SUS, permitindo a democratização das informações e à transparência na gestão pública.

Os dados contidos nessa ferramenta são utilizados pela equipe da Divisão do NASF/CRAB/SESAU para produzir planilhas e gráficos demonstrativos dos resultados da triagem realizada pelos fisioterapeutas nas unidades básicas de saúde, servindo como instrumento de monitoramento que nos permite ter uma visão de quantos pacientes saíram da fila de espera e quantos foram reinseridos no sistema que aguardam para atendimento de reabilitação na REDE Municipal de Saúde.

Os instrumentos de atenção à saúde utilizados pelos profissionais fisioterapeutas das equipes NASFs são diversos, destacando-se os grupos de prevenção e promoção a saúde, tais como: Grupo de Prevenção de Quedas; Grupos de Lombalgia; uso de auriculoterapia e acupuntura no combate a dor e ansiedade; consultas individuais e compartilhadas para avaliação

e orientação, além de visitas domiciliares para aqueles que têm dificuldades e limitações físicas para o acesso as unidades Básicas de Saúde da Família. É um trabalho realizado com uso de tecnologias leve ou leve/duras ou seja: que não requer uso de equipamentos de alta complexidade.

O trabalho direto e mais próximo do usuário, em seu território, dentro de suas casas, permite observar e constatar as reais necessidades de atenção à saúde, sendo um deles o acesso aos serviços de reabilitação em ortopedia, traumatologia e reumatologia. Sendo assim, a gestão CRAB/DNASF/SISREG ao buscar solução de forma compartilhada com os profissionais fisioterapeutas das equipes NASFs para os problemas referentes a fila de espera nos serviços de reabilitação, através da triagem e classificação de riscos, tem grande chance de êxito, por ser uma realidade vivenciada pelos profissionais que conhecem as possibilidades e limites da Rede e os serviços oferecidos incluindo os terceirizados.

O trabalho da gestão para a atenção básica de saúde exige, conforme relata Penedo, Gonçalves e Queluz (2019, p.2), competência para a busca resolutiva das necessidades sanitárias de um território através da mobilização de profissionais para cumprimento das metas estabelecidas. Faz -se necessário uma liderança, madura, comprometida com a eficiência, resolutiva, que possa estabelecer vínculos, mobilizar vontades e mediar conflitos entre a própria equipe e a comunidade.

O Ministério de Saúde, em seu Plano Nacional de Saúde (PNS), prevê essas novas formas de gestão/cogestão que preconiza a participação dos trabalhadores de saúde na gestão dos serviços e a valorização profissional, para uma gestão democrática que fortaleça as relações de trabalho (PENEDO; COL., 2019, p.2).

O NASF foi criado como uma perspectiva de atuação considerada estratégia para a qualificação da atenção básica, conforme destacou o DNASF/SESAU (2019), uma retaguarda especializada que, utilizando da lógica do apoio matricial, consiga entre outras coisas, qualificar os encaminhamentos para a especialidade. Com intuito de avaliação, qualificação dos encaminhamentos, bem como resgate dos usuários que estão ou serão inseridos no sistema de regulação SISREG, a partir de fevereiro de 2019, trinta e sete (37) unidades de saúde apoiadas por equipe NASF/AB disponibilizaram parte da agenda de fisioterapia para agendamento via SISREG de pacientes com classificação de risco verde e azul. Os pacientes que não encaixam nesses critérios são reinseridos no SISREG para atendimento ambulatorial de preferência mais

próximo da sua residência ou trabalho com a devida classificação de risco correspondente. Outros, conforme avaliação do profissional, poderão ser atendidos na unidade de saúde e acompanhados de forma individual e/ou grupos operativos pelo fisioterapeuta.

Para avaliação e monitoramento do processo a equipe da DNASF/SESAU desenvolveu instrumentos específicos como que geram planilhas e gráficos com dados extraídos da ferramenta FormSUS, PEC e planilha de demandas do SISREG.

Os dados coletados a partir dos relatórios evidenciam uma série de resultados que são promissores e apontam para o sucesso da ferramenta de triagem. No mês de fevereiro no total de sessenta e seis pacientes que compareceram a consulta de fisioterapia conforme planilha de registros de atendimento encaminhados pela CRAB, apenas oito constam como faltosos. Os dados contidos no gráfico mostram que do total dos pacientes que compareceram para as consultas tiveram os seguintes encaminhamentos: 1) 58% dos pacientes atendidos foram encaminhados para atendimento em grupo ou será acompanhado pelo profissional fisioterapeuta na Unidade Básica com orientação de exercícios e cuidados; 2) 18% dos pacientes foram atendidos pelos fisioterapeutas, porém, reencaminhados para atendimento ambulatorial (fora da Unidade Básica) com prioridade amarela; 3) 7% dos pacientes atendidos pelos fisioterapeutas foram reencaminhados ao SISREG com prioridade vermelha; 4) 5% dos pacientes receberam alta do episódio (não necessita mais do atendimento por apresentar sem queixas, ou já está sendo atendido em outros setores); e 5) 12% dos pacientes agendados não compareceram a consulta. Os números apontam para resultados positivos em termos de liberação de vagas no sistema já que 58% dos pacientes (38 do total de 66) receberão atendimento na Unidade Básica pelo fisioterapeuta do NASF ou será atendido nos grupos de ginástica ou outros polos conforme encaminhamento.

Conforme o documento de comunicação interna DNASF/SESAU no. 2.283 de abril/19, no mês de março/19 foram triados total 173 pacientes da agenda SISREG; 8% agendado não compareceram para a consulta; 63% serão atendidos na unidade básica com acompanhamento do fisioterapeuta através de orientações, exercícios ou inseridos em grupos terapêuticos; 17% necessita de atendimento ambulatorial com classificação amarela; 9% necessita de atendimento ambulatorial com classificação vermelha e 3% receberam alta do episódio. Nestes resultados devem ser feitas algumas ressalvas: algumas unidades de saúde não conseguiram identificar o número de pacientes faltosos por falta de acesso da agenda do fisioterapeuta no SISREG. Outras

não estavam conseguindo dar baixa na chave (confirmação) nos atendimentos realizados pelos profissionais fisioterapeutas. Para ter acesso a essas funcionalidades (impressão e confirmação da agenda) é necessário que o técnico administrativo tenha perfil solicitante/executante, caso não possua, deve fazer contato com o SISREG através de e-mail e solicitar o acesso.

Constata-se que, embora à amostra seja pequena (dois meses: fevereiro e março) que os resultados (58% e 63%) referentes a pacientes que estão sendo acompanhados pelos fisioterapeutas na unidade básica, houve liberação de vagas no sistema SISREG e que, aqueles que serão reinseridos com prioridade amarela e vermelha terão maior possibilidade de atendimento, com menor tempo de espera, de acordo com classificação de risco. Observou-se que alguns pacientes apresentaram guias médicas com solicitação de atendimento de fisioterapia com data de agendamento junho de 2018, ou seja, o paciente está na fila de espera para atendimento há quase 1(um) ano. Constatou-se ainda que a maioria já não apresenta queixas conforme a solicitação, ou apresentam novas queixas. Os casos mais comuns são de dor na coluna, tendinite de ombro, punho e artrose nos joelhos.

Outro ponto positivo desta experiência é a qualificação dos atendimentos para a inserção no sistema e a possibilidade de agenda-los para clinicas mais próximas facilitando o acesso. Os pacientes que estão sendo acompanhados pelo fisioterapeuta na unidade e que receberam orientação para realizar exercícios, em seus retornos, já apresentaram redução das queixas, alguns também estão realizando atividades pelo menos duas vezes na semana nos grupos de ginástica de baixo impacto que são oferecidos pelos profissionais de educação física no território, ou até mesmo pilates como acontece no CRAS Vila Nasser e centro esportivo.

No mês de abril 2019, a DNASF/SESAU encaminhou para todas equipes NASFs e UBSF os resultados em forma de planilha, apresentando dados comparativos dos encaminhamentos realizados nos meses de fevereiro e março. Podemos observar que em todas as equipes houve redução desses encaminhamentos prevalecendo, de modo geral, aqueles pacientes que estão com classificação amarela ou vermelha, ou seja, aqueles que realmente necessitam de atendimento ambulatorial que requer uso de equipamentos ou aparelhos (anti-inflamatório, analgésico) para tratamento. Para maior constatação da eficácia do serviço de triagem apresentou-se uma planilha contendo o número de encaminhamentos realizados por aquelas unidades, no total 14 UBSFs que não são atendidas pelas ENASF. Verificou-se que

houve um aumento de encaminhamentos de pacientes em relação ao mês de março, podendo ser um indicativo da necessidade e importância dessas equipes no território.

Outro ponto a considerar é que quando o paciente é triado ele poderá ser encaminhado, de acordo com sua classificação, para os serviços mais próximos de sua residência ou trabalho. Essa prioridade garante a vaga desse usuário no sistema. Assim, podemos inferir aqueles pacientes que não passaram por triagem também poderão ter maior dificuldade para conseguir vaga no sistema SISREG o que poderia ser considerado iniquidade com esses usuários, representando uma alerta para a gestão da necessidade de inclusão de mais profissionais na rede de atenção, ou em curto prazo, ofertar vagas para atendimento específico dessa população.

Sem pretensão de tirar conclusões precipitadas sobre a eficiência desse serviço de triagem (amostragem reduzida) e para maior apreciação do mesmo, faremos algumas comparações entre o trabalho realizado pelas equipes de Belo Horizonte (2011 e 2012) e Florianópolis (2011) quando tiveram o mesmo problema da alta demanda e elevado número de pacientes na fila de espera para os serviços de fisioterapia na rede pública de saúde. Em Florianópolis, diferente de Campo Grande, o serviço foi 100% regulado e teve como resultado a redução em 14% o número de pacientes na lista de espera, considerado uma experiência exitosa. As práticas utilizadas pareceram bem semelhantes a que estão sendo utilizadas em Campo Grande.

Em Belo Horizonte, antes de optarem pela triagem detectaram algumas falhas no serviço como encaminhamentos desnecessários o que também foi constatado em Campo Grande. Esses pacientes permaneciam na lista de espera inflando o sistema. Outro problema observado em BH foi a discrepância na classificação de prioridades. Em Campo Grande, antes de fevereiro de 2019, o paciente não passava pela classificação de risco para atendimento e inserção no SISREG. No ponto de vista dos profissionais fisioterapeutas (discutido em reunião de colegiado) a classificação de risco é necessária permitindo que o atendimento do paciente seja de forma mais precoce, reduzindo as deformidades, favorecendo o êxito na reabilitação.

A experiência de Belo Horizonte evidenciou a importância do profissional fisioterapeuta no sistema de regulação para reduzir os problemas referentes a procedimentos e discrepância nas prioridades. Em Campo Grande esse tipo de problema também ocorre provocando recusa de atendimento pelas clínicas e devolução de guias, pois os procedimentos não conferem com



às necessidades da atenção. A triagem e disponibilidade de profissionais nesses pontos de atenção também pode auxiliar na resolução desses problemas.

Em Belo Horizonte foi ressaltada a importância dos fóruns mensais para discussão de casos e processos de trabalho. No serviço municipal de saúde de CG – MS, a partir de 2018, a participação dos profissionais nos colegiados tem auxiliado à gestão na busca de solução para os problemas. Essa forma compartilhada de gestão possibilita a construção do trabalho de forma coletiva gerando maior comprometimento da equipe, mais motivados e com vistas nos resultados, tal como vem ocorrendo em Campo Grande com o trabalho para reduzir a fila de espera para os serviços de fisioterapia.

## 5 CONCLUSÕES

O objetivo deste artigo foi analisar a estratégia utilizada para triagem e os resultados alcançados a partir da implantação da ferramenta pela equipe do NASFs. Uma primeira conclusão importante é que os serviços de saúde pública demandam soluções criativas e que necessitam da gestão compartilhada de todos os envolvidos no processo, sobretudo, do pessoal que opera na ponta do processo, no caso desse artigo, dos fisioterapeutas.

A escassez de recursos, a demanda reprimida e o aumento da demanda não permitem mais que os gestores públicos de saúde atuem com possibilidades de empirismo e, ao mesmo tempo, solicita que atuação seja participativa, compartilhada. Ter essa compreensão permite, ao mesmo tempo, que se compreenda que o aumento da eficiência na atuação dos profissionais de saúde passa pela participação direta na discussão dos problemas que envolvem sua atuação e, por conseguinte na tomada de decisão sobre os caminhos a serem seguidos.

O caso do NASF, ainda com um recorte de tempo muito pequeno parece ser bastante promissor quanto à possibilidade, não apenas de reduzir o tamanho da fila com o processo de triagem adotado, mas também evidencia um aumento na qualidade do atendimento, uma vez que se otimiza não apenas esse tipo de atendimento, mas organiza todos os outros.

Desta forma, podemos considerar que a experiência caminha para o êxito, há uma tendência de que a triagem e classificação de risco aplicados pelos fisioterapeutas dos NASFs da PMSCG-MS para os serviços de fisioterapia, qualificam os encaminhamentos e tendem a reduzir a fila de espera no SISREG.

Podemos também inferir, nesta experiência, que a forma compartilhada de gestão é uma boa estratégia para gerir projetos ou processos de forma efetiva na busca de solução para os problemas mais complexos que envolvem participação multiprofissional.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). 2016 Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)
- BERNARDES, A., Cecilio, L., Évora, Y., Gabriel, C., & Carvalho, M. (2011). **Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem**. Revista Latino-Americana De Enfermagem, 19(4), 1003-1010. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400020>
- BRASIL**, PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Ministério da saúde.
- BRASIL**, RESOLUÇÃO CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL Nº 387 DE 08.06.2011, D.O.U: 16.06.2011 ;
- BRASIL**, RESOLUÇÃO COFFITO n. 444, de 26 de abril de 2014 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do MS -CREFITO -13;
- CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA – 39, **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano – MS, Brasília – DF, 2014;
- CARVALHO, Ivo Antônio & BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Organização e Funcionamento do SUS** Especialização em Gestão em Saúde – módulo específico, PNAP. 2ª ed. 2012;
- GODOI, Christiane Kleinübing et al (Org.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006. ISBN: 85-02-05948-3
- LEMONS, COIMBRA, ALMEIDA, ARAÚJO e MOREIRA. **Ações de regulação na área da reabilitação do SUS de Belo Horizonte** – Secretaria Municipal de Saúde de BH – [reabilita@pbh.gov.br](mailto:reabilita@pbh.gov.br), 2012.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 315 p.
- MERHY, Emerson Elías. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. 2008.
- MELO, Alves Eduardo, VIANNA e PEREIRA. **Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos NASF** – Caderno do curso EAD ENSP / FIOCRUZ. 2ª ed. Ver- Rio de Janeiro, RJ. 2016;
- PENEDO, Rafaela Mossarelli; GONCALO, Camila da Silva e QUELUZ, Dagmar de Paula. **Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família**. **Interface** (Botucatu) [online]. 2019, vol.23 [citado 2019-06-30], e170451. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100201&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100201&lng=pt&nrm=iso)>. Epub 16-Jan-2019. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170451>.

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE CAMPO GRANDE – MS 2014-2017** Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande-MS, PMCG – MS, 2013.

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE CAMPO GRANDE – MS 2018-2021** Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande-MS, PMCG – MS, 2017.

BERNARDES, A. et al. **Collective and decentralized management model in public hospitals:** perspective of the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 1003–1010, 1 ago. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000400020&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400020&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 30 jun. 2019.

RIELLA, A. C. et al. **REGULAÇÃO E GESTÃO DE FILAS DE ESPERA:** uma experiência exitosa do Serviço de Fisioterapia do Município de Florianópolis. n. Ii, p. 8–10, 2013.

SILVA, Mariana Antunes da; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos; BONILHA, Laís Alves de Souza. **Users' perceptions of outpatient physiotherapy in the public healthcare system in Campo Grande (MS, Brazil):** problem-solving capacity and difficulties. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 75-86, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000100075&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100075&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.

TAVARES, L. R. C. et al. **Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde:** análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 25, n. 1, p. 9–19, mar. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502018000100009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502018000100009&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 30 jun. 2019.

VILELA, S. M. P. **Relato de experiência:** o problema da fila numa unidade de saúde – recife - pe. 2010 [36.]. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010vilela-smp.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2019.