

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

LARISSA RIANI COSTA

**“CARACTERIZAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS NO SISTEMA DE SAÚDE
BRASILEIRO”**

SÃO CARLOS - SP

2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

LARISSA RIANI COSTA

**“CARACTERIZAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS NO SISTEMA DE SAÚDE
BRASILEIRO”**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, área de concentração “Processos de avaliação e intervenção em fisioterapia”, como parte dos requisitos para obtenção de título de Doutor em Fisioterapia.

Orientadora: Patricia Driusso

SÃO CARLOS - SP

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

C837cf Costa, Larissa Riani.
Caracterização de fisioterapeutas no sistema de saúde brasileiro / Larissa Riani Costa. -- São Carlos : UFSCar, 2012.
123 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Fisioterapia. 2. Saúde pública. 3. Atenção primária à saúde. 4. Sistema de saúde. 5. Assistência hospitalar. I. Título.

CDD: 615.82 (20^a)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Membros da banca examinadora para defesa de tese de doutorado de LARISSA RIANI COSTA, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, em 24 de fevereiro de 2012

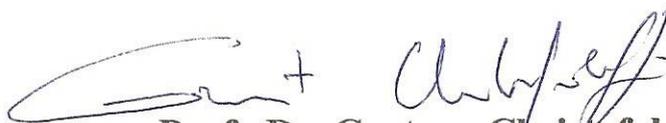
Banca Examinadora:

Patricia Driusso

Prof.^a Dr.^a Patricia Driusso
(UFSCar)



Prof. Dr. Shamy Sulyvan de Castro
(UFTM)



Prof. Dr. Gustavo Christofolletti
(UFMS)

Mariana Chaves Aveiro

Prof.^a Dr.^a Mariana Chaves Aveiro
(UNIFESP)

Tatiana de Oliveira Sato

Prof.^a Dr.^a Tatiana de Oliveira Sato
(UFSCar)

Dedicatória
Dedico este trabalho aos meus pais,
que me ensinam muito além do que possam imaginar.

*“A mente que se abre a uma nova idéia jamais
voltará ao seu tamanho original.”*

Albert Einstein

Agradecimentos

Agradeço a Deus por todos os aprendizados proporcionados ao longo da vida.

Agradeço aos meus pais, irmãos e a toda a “grande família” que me faz sentir parte de algo muito maior.

Agradeço ao Fábio, por tudo que construímos juntos.

Agradeço imensamente a Profa. Dra. Patricia Driusso, sendo indescritível o aprendizado e apoio oferecidos ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Jorge Oishi, que me faz desejar melhorar a cada instante.

Agradeço aos Professores, Servidores e Discentes da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas, em especial ao Prof. Dr. Lucídio Rocha Santos, a Profa. Dra. Carmen Silvia da Silva Martini, ao Prof. Dr. Sidney Netto, aos professores do Colegiado de Fisioterapia e ao Bel. Walfredo Sebastião Moura, que não mediram esforços no apoio ao desenvolvimento deste estudo.

Agradeço aos membros da banca de examinadora, pela dedicação na leitura e análise deste documento e pelas fundamentais críticas e contribuições.

Agradeço ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a Equipe do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde pela participação fundamental neste trabalho.

Agradeço a todos os profissionais participantes do estudo.

Agradeço aos Professores da Pós-Graduação em Fisioterapia da UFSCar, aos demais discentes, em especial a Ana Silvia Moccelin, aos amigos e a todos aqueles que de alguma forma participaram deste estudo.

RESUMO

A fisioterapia surge mundialmente no final do século XIX, sendo instalado no Brasil o primeiro serviço de fisioterapia em 1884. Em 1969, a profissão é regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938 e no ano seguinte o número de fisioterapeutas totalizava 700, existindo seis cursos de graduação. Em 2011, o total de fisioterapeutas inscritos no Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional já atingia 154.563 profissionais, existindo 542 cursos de graduação. O crescimento do número de profissionais, contudo, não está necessariamente vinculado à expansão da oferta de assistência fisioterapêutica à população de forma equânime. O presente estudo pretendeu investigar a distribuição e atuação de fisioterapeutas no sistema de saúde, buscando contribuir com políticas e intervenções que possam transformar a expansão de profissionais em uma oferta voltada às necessidades de saúde da população, sendo constituído por quatro artigos. Os três primeiros artigos objetivaram descrever a distribuição dos fisioterapeutas no sistema de saúde de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), considerando as diferentes regiões, unidades federativas e porte populacional dos municípios; os setores público e privado; e os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Todos se caracterizaram como estudos transversais descritivos, desenvolvidos a partir de dados coletados no banco do CNES em Brasília, referentes a fevereiro de 2010, e dados do Censo Demográfico de 2010, sendo analisados por técnicas estatísticas descritivas. Resultados: foram identificados 53.181 cadastros de fisioterapeutas distribuídos entre 22.238 estabelecimentos, dispostos em 76% dos municípios. Aproximadamente 50% dos cadastros estiveram concentrados na região Sudeste, 21% Nordeste, 18% Sul, 7% Centro-Oeste e 4% Norte. Sudeste e Sul apresentaram as melhores razões de fisioterapeutas/1000 habitantes (0,33 e 0,35, respectivamente), em contraposição ao Norte (0,13), e as maiores proporções de municípios com cadastros (91% Sudeste e 83% Sul), sendo no Norte observado apenas 40% dos municípios com este profissional. Metrôpoles e municípios de grande porte concentraram 64% dos postos de trabalho. Aproximadamente 60% dos cadastros ocorreram no setor privado, sendo estabelecimentos privados especializados do Sudeste os principais locais de atuação deste profissional; 57% dos cadastros estiveram vinculados à Atenção Ambulatorial Especializada e 30% à Atenção Hospitalar. A Atenção Primária à Saúde (APS), que representa o nível de atenção prioritário do sistema de saúde, concentrou apenas 13% dos cadastros, distribuídos em 46,7% dos municípios - maior percentual em municípios de pequeno porte (38,2% dos cadastros na APS). A partir desta realidade, o quarto artigo objetivou investigar a atuação de fisioterapeutas na APS, por meio da aplicação de questionário *on line*. Participaram do estudo 34 fisioterapeutas da APS com idade entre 22 e 47 anos (média $32,5 \pm 6,36$), que, apesar da intensa demanda por ações terapêuticas, demonstram que iniciativas de promoção da saúde e de prevenção de enfermidades estão sendo desenvolvidas pelo país. Entre as dificuldades enfrentadas, destacam-se: Demanda espontânea excessiva; Número insuficiente de fisioterapeutas; Espaço físico inadequado; Falta de transporte para ações domiciliares; Suporte insuficiente da média e alta complexidade; Desconhecimento sobre atribuições de profissionais da APS; Dificuldades no trabalho em equipe e Baixa adesão da população as intervenções.

Palavras-chave: fisioterapia, saúde pública, setor privado, atenção primária à saúde, assistência ambulatorial, assistência hospitalar

ABSTRACT

Physical therapy appears worldwide in the late nineteenth century, being the first physiotherapy service installed in Brazil in 1884. In 1969, the profession is regulated by Decree-Law No. 938 and the following year the number of physiotherapists totaled 700 with six undergraduate courses. In 2011, the total number of physiotherapists registered in the Federal Council of Physical Therapy and Occupational Therapy (COFFITO) has reached 154,563 professionals, there are 542 undergraduate courses. The growing number of professionals, however, is not necessarily linked to the expansion of physical therapy for the population equitably. The present study aimed to investigate the distribution and role of physiotherapists in the health system, in order to contribute to policies and interventions according needs of the population, consisting of four articles. The first three articles aimed to describe the distribution of physiotherapists in the health system according to data provided by National Register of Health Service Providers (CNES), considering the different regions, federal units, and population size of cities, public and private sectors, and the different levels complexity of health care. The studies were characterized as descriptive cross-sectional studies, developed from data collected on the bank of CNES in Brasilia, referring to February 2010, and Census for 2010, and analyzed using descriptive statistics. Results: The study identified 53,181 registries of physiotherapists distributed of 22,238 establishments, arranged in 76% of the cities. Approximately 50% of registries were concentrated in the Southeast, 21% Northeast 18% South, Central-West 7% and 4% North. South and Southeast had the best ratio physiotherapists/1000 inhabitants (0.33 and 0.35, respectively), as opposed to the North (0.13), and the highest percentage of municipalities with registries (91% Southeast and 83% South), being observed in the North only 40% of cities with this type of professional. Metropolises and big cities concentrated 64% of the identified positions. Approximately 60% of registries occurred in the private sector, and specialized private establishments in the Southeast of the main actuation sites of physiotherapists, 57% of registries were linked to Specialized Ambulatory Care and 30% to Hospital Care. The Primary Health Care (PHC), which represents the priority level of attention of the health system, focused only 13% of registries, divided into 46.7% of the cities - the highest percentage in small cities (38.2% of registries in the APS). From this fact, the fourth article aimed to investigate the role of physiotherapists in APS, developed through a questionnaire online; 34 physiotherapists participated in the study, with aged between 22 and 47 years (mean 32.5 ± 6.36). Despite the intense demand for therapeutic actions, the initiatives in health promotion and disease prevention have been demonstrated. Main difficulties cited: demand spontaneous excessive, insufficient number of physiotherapists, inadequate physical space, lack of transportation to home care activities, insufficient support of medium and high complexity, ignorance of the attributions of professional PHC, difficulties in teamwork and low population adherence interventions.

Keywords: Physical Therapy, Public Health, Private Sector, Primary Health Care, Ambulatory Care, Hospital Care

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 - Distribuição territorial de fisioterapeutas no sistema de saúde brasileiro: uma análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES/2010

Tabela 1 - Distribuição dos cadastros de fisioterapeutas e razão de fisioterapeutas por 1000 habitantes segundo os portes populacionais dos municípios e regiões do país. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010; Censo demográfico, 2010.....34

Artigo 2 - Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde

Tabela 1 - Cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos públicos e privados segundo o tipo de estabelecimento e nível de complexidade de atenção nas regiões do Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010.....54

Tabela 2 - Razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes de acordo com níveis de complexidade de atenção à saúde nas cinco regiões do Brasil, 2010.....55

Tabela 3 - Número e percentual de cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos públicos e privados de acordo com as Regiões e Unidades Federativas (UF), 2010.....57

Artigo 3 - A inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: uma análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES/2010

Tabela 01 - Distribuição dos cadastros de fisioterapeutas na Atenção Primária à Saúde e relação do número de habitantes por profissional segundo as regiões e unidades federativas, 2010.....75

Tabela 2 - Relação número de habitantes por fisioterapeuta na atenção primária à saúde (APS) entre as regiões do país, segundo o porte populacional dos municípios, 2010.....76

Tabela 3 - Número e proporção de municípios com fisioterapeutas inseridos em estabelecimentos da atenção primária à saúde (APS), 2010.....78

Tabela 4 - Número de municípios com fisioterapeutas segundo a quantidade de níveis de atenção à saúde que apresentam a inserção deste profissional, 2010.....79

Artigo 4 - Ações desenvolvidas por fisioterapeutas na Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar

Tabela 1 - Informações sobre a formação profissional de fisioterapeutas inseridos na Atenção Primária à Saúde.....97

Tabela 2 - Informações sobre a atuação profissional de fisioterapeutas na Atenção Primária à Saúde.....99

Tabela 3 - Demandas por intervenção fisioterápica na Atenção Primária à Saúde segundo as áreas programáticas.....102

Tabela 4 - Dificuldades citadas pelos fisioterapeutas para a atuação na Atenção Primária à Saúde.....104

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1 - Distribuição territorial de fisioterapeutas no sistema de saúde brasileiro: uma análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES/2010

Figura 1 - Número de cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos de saúde, segundo as regiões e unidades federativas brasileiras, 2010.....31

Figura 2 - Porcentagem de municípios com cadastros de fisioterapeutas, segundo as regiões e unidades federativas brasileiras, 2010..... 32

Figura 3 - Porcentagem de municípios com cadastro de fisioterapeutas por região segundo o porte populacional, 2010.....35

Artigo 2 - Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde

Figura 1 - Proporção de municípios com fisioterapeutas nos diferentes portes populacionais de acordo com a complexidade dos estabelecimentos, 2010.....55

SUMÁRIO

CONTEXTUALIZAÇÃO.....	13
Referências.....	22
ARTIGO 1 - Distribuição territorial de fisioterapeutas no sistema de saúde brasileiro: uma análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES/2010.....	25
Resumo.....	26
Abstract.....	27
Introdução.....	28
Método.....	29
Resultados.....	31
Discussão.....	35
Conclusão.....	42
Agradecimentos.....	43
Referências.....	44
ARTIGO 2 - Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde.....	46
Resumo.....	47
Abstract.....	48
Introdução.....	49
Método.....	51
Resultados.....	53
Discussão.....	58
Conclusão.....	62
Agradecimentos.....	62
Referências.....	63
ARTIGO 3 - A inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: uma análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde /CNES/2010.....	66
Resumo.....	67
Abstract.....	68
Introdução.....	69
Método.....	73
Resultados.....	74
Discussão.....	80
Conclusão.....	85
Agradecimentos.....	85
Referências.....	86
ARTIGO 4 - Ações desenvolvidas por fisioterapeutas na Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar.....	89
Resumo.....	90
Abstract.....	91
Introdução.....	92
Método.....	94
Resultados.....	96
Discussão.....	105

Conclusão.....	112
Agradecimentos.....	113
Referências.....	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
ANEXO A: Questionário.....	117

CONTEXTUALIZAÇÃO

A fisioterapia surge nos sistemas de saúde mundialmente no final do século XIX como uma profissão auxiliar, em virtude da epidemia de poliomielite e das guerras que se sucederam neste período, gerando a necessidade de profissionais que atuassem na reabilitação de indivíduos com alterações físicas e funcionais^{1,2}.

No Brasil, os primeiros registros da utilização de recursos fisioterapêuticos datam de 1879 (serviços de eletricidade médica e hidroterapia) e, em 1884, é instalado o primeiro serviço de fisioterapia, no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro³. No decorrer da primeira metade do século XX, a fisioterapia se expande no país e, diante da crescente necessidade de um profissional que atuasse nos centros de reabilitação, é fundado em 1951 o primeiro Curso Técnico em Fisioterapia². Em 1964, o curso de formação de fisioterapeutas adquire status de nível superior e, em 1969, a profissão é regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938².

No ano seguinte de sua regulamentação (1970) o número de fisioterapeutas formados atingia um total de 700 profissionais, existindo seis cursos de graduação no país⁴. Nas duas décadas seguintes o crescimento do número de cursos de graduação se dá de maneira gradual, atingindo 20 cursos, em 1981, e 48, em 1991. A partir de então, o crescimento da profissão se apresenta intenso, sendo observado, no final da década de 90, o total de 130 cursos⁴ e, de acordo com dados atualizados de 2011, 542 cursos de graduação em fisioterapia encontram-se em atividades em todo o país⁵.

A rápida expansão de cursos no Brasil resultou no elevado crescimento do número de profissionais e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes à Pesquisa de Assistência Médico Sanitária⁶, que apresenta caráter censitário sobre os estabelecimentos de saúde no Brasil, em apenas 10 anos (1999 – 2009) o número de fisioterapeutas vinculados a estabelecimentos de saúde aumentou 268% (2,6 vezes): 18.720 em 1999, 22.558 em 2002, 32.266 em 2005 e 50.268 em 2009.

O número de fisioterapeutas inscritos no COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) apresentou um crescimento ainda superior e, entre 1995⁷ e 2011⁸, ocorreu uma expansão de 16.068 para 154.563 profissionais, totalizando um crescimento absoluto de 962% em apenas 16 anos.

O crescimento do número de profissionais, contudo, não está necessariamente vinculado à expansão da oferta de assistência fisioterapêutica a toda a população de forma equânime, sendo importante o desenvolvimento de estudos que caracterizem a inserção deste profissional no sistema de saúde. O presente estudo pretendeu, neste contexto, investigar a distribuição e a atuação de fisioterapeutas no sistema de saúde brasileiro, buscando contribuir com políticas e intervenções que possam transformar a expansão de profissionais em uma oferta voltada às necessidades de saúde da população.

É importante considerar, porém, que diversos fatores influenciam na oferta e distribuição de recursos humanos, incluindo o modelo de organização dos sistemas de saúde e a estruturação da rede assistencial, que divergem entre os diversos países no mundo, segundo aspectos históricos, culturais, sócio-econômicos, políticos, ideológicos e valores de cada sociedade.

Entre os diferentes modelos sanitários existentes, destacam-se nos países industrializados os modelos liberais, os sistemas de seguro social e os sistemas nacionais de saúde^{9,10}.

No modelo liberal o financiamento é privado, sendo os serviços dirigidos fundamentalmente ao tratamento e reabilitação de indivíduos e concentrados nas zonas com maior quantidade de clientes em potencial¹⁰.

Os modelos de seguros sociais ofertam ações, por meio do pagamento de quotas obrigatórias, nas quais entidades relacionadas a cada setor profissional compram serviços para afiliados ou beneficiários. As ações são voltadas à prevenção e tratamento sob uma lógica laboral, apresentando os estabelecimentos e profissionais de saúde distribuídos territorialmente nas regiões com maior concentração de trabalhadores¹⁰.

No modelo de sistema nacional, o financiamento é público realizado por meio de impostos, propondo-se a oferta de ações dirigidas de forma contínua e permanente a todos os cidadãos (sistemas universais) integrando promoção da saúde, prevenção de enfermidades, tratamento e reabilitação, com distribuição territorial dos estabelecimentos segundo critérios sociodemográficos e geográficos decididos em nível governamental¹⁰. Por estas características, os países que apresentam sistemas nacionais de saúde universais e públicos com base solidária de financiamento, apesar de em sua maioria se encontrar em implantação, não cumprindo todos os preceitos propostos neste modelo, já alcançam os melhores

indicadores de saúde, sendo apontados como os sistemas mais eficientes, mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde da população^{10,11}.

Neste contexto, diversos países vêm alterando o modelo adotado e o caminho para a cobertura universal dos sistemas de saúde coloca-se atualmente como objetivo central dos debates sobre prestação de serviços de saúde no mundo. Em 2010, este aspecto é reforçado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no Relatório Mundial de Saúde, sendo a busca pela implementação de sistemas universais estabelecida como estratégia para a diminuição de barreiras ao acesso à saúde¹².

No Brasil, verifica-se a adoção de diferentes modelos de sistemas de saúde ao longo da história, sendo inicialmente adotado o modelo liberal, com posterior implementação do sistema de seguro social (saúde previdenciária)⁹. Nestes períodos, a assistência estatal à saúde se deu de forma bastante restrita, disponível a apenas uma parcela reduzida da população, estruturada sob um sistema segmentado e voltado ao tratamento e reabilitação de forma desvinculada das ações de saúde coletiva⁹.

Atualmente, o modelo adotado é o de sistema universal de saúde com financiamento público (Sistema Único de Saúde – SUS), criado na Constituição Federal de 1988¹³, complementado pelas Leis Orgânicas da Saúde Lei nº 8.080¹⁴, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990¹⁵ e regulamentado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011¹⁶, representando importante avanço na garantia da população ao acesso a serviços de saúde.

Os avanços legais referentes ao sistema, no entanto, ainda não foram plenamente efetivados nas práticas de saúde e, mesmo com significativa expansão da cobertura e da oferta de ações em saúde no Brasil, permanecem até os dias atuais desigualdades regionais importantes^{17,18}. Surge, assim, a necessidade de estudos que investiguem os estabelecimentos e recursos humanos na área da saúde, buscando reduzir as iniquidades existentes. Na fisioterapia, estudos que investiguem a atual distribuição no sistema de saúde brasileiro são escassos, dificultando o direcionamento de políticas que promovam maior equidade na oferta deste profissional.

O primeiro artigo que compõe esta Tese, intitulado *Distribuição territorial de fisioterapeutas no sistema de saúde brasileiro - uma análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES/2010* teve como objetivo, desta forma, descrever a distribuição de fisioterapeutas nos estabelecimentos de saúde do Brasil, a porcentagem de

municípios que dispõe deste profissional e a razão de fisioterapeutas por habitantes nas diferentes regiões, unidades federativas e portes populacionais de municípios do Brasil, buscando contribuir no debate sobre a cobertura universal do sistema de saúde. A fonte de dados adotada para a investigação proposta foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que se constitui como o principal banco de informações sobre a rede assistencial à saúde.

O estudo identificou os estabelecimentos região Sudeste e Sul e metrópoles e municípios de grande porte como os principais locais de atuação de fisioterapeutas. Municípios de pequeno porte do Norte e Nordeste foram as principais localidades com municípios sem a presença de fisioterapeutas. A razão fisioterapeutas por 1.000 habitantes variou entre 0,07 (Municípios de pequeno porte do Norte) e 0,52 (Metrópoles do Sul), indicando importante variação na oferta deste profissional, verificando-se a necessidade de políticas que promovam uma distribuição mais equânime desses profissionais no Brasil.

Deve-se ressaltar, porém, que o modelo sanitário é apenas um dos fatores de influência da oferta de ações de saúde, sendo a estruturação da rede assistencial outro importante fator vinculado ao acesso da população aos serviços e profissionais. Assim, paralelamente ao desenvolvimento dos diferentes modelos de sistemas de saúde no mundo, as propostas para estruturação da rede assistencial têm passado por significativas transformações ao longo do tempo.

No decorrer do século XX, o principal enfoque da rede assistencial existente deu-se na atenção hospitalar, associada ao desenvolvimento técnico e científico e a crescente especialização dos profissionais da área da saúde¹⁹. A assistência baseada em hospitais dificulta a oferta deste tipo de recurso a todos os núcleos da população, aumentando a desigualdade na qualidade e acessibilidade da assistência à saúde¹⁹.

Esta estruturação gera também o incremento dos custos de sistemas sanitários, de forma que uma quantidade cada vez maior de recursos é empregada na assistência de uma pequena parte dos problemas e necessidades de saúde e, com intervenções no campo preventivo e de promoção da saúde bastante restritos, apesar dos investimentos crescentes, a demanda da população por atendimento aumenta de forma contínua¹⁹.

Neste contexto, nos anos 70 registra-se mundialmente a chamada “crise de saúde” e, apesar de todos os esforços e somas de dinheiro investidas neste setor, as condições de saúde da população permaneceram críticas¹⁹. Surge, assim, uma série de estudos direcionados às

condições de saúde das populações, dos quais dois se destacam: o estudo do Ministério de Saúde do Canadá, em 1974, que identificou quatro variáveis de influência sobre o nível de saúde da comunidade (Biologia Humana, Meio Ambiente, Estilo de Vida e Sistema de Assistência Sanitária); e o Estudo em Denver, Estados Unidos (1974-1976), que determinou proporções de participação de cada uma das variáveis sobre o nível de saúde da comunidade (11% determinado pelo sistema sanitário, 43% pelo estilo de vida, 19% pelo meio ambiente e em 27% pela biologia humana)¹⁹.

Os resultados dos dois estudos ressaltam que a assistência terapêutica é apenas parte da determinação do nível de saúde da comunidade e que, sem a promoção social e o controle dos fatores de risco referentes ao estilo de vida, meio ambiente e biologia humana, seria difícil que o sistema de saúde pública do país pudesse modificar de forma positiva o nível de saúde da comunidade¹⁹.

No mesmo período, devido aos avanços da medicina, grande parte das enfermidades que antes da segunda guerra mundial eram as primeiras causas de morte (pestes, cólera, varíola) encontra-se controlada, passando a se destacar enfermidades determinadas pelo estilo de vida (enfermidades cardiovasculares, neoplasias, enfermidades respiratórias crônicas, diabetes mellitus, entre outras), que adquirem cada vez maior importância em termos de mortalidade e morbidade¹⁹.

O enfoque hospitalar passa então a ser questionado surgindo uma corrente que reconhece a importância em se alterar as prioridades em saúde pública dedicando maiores porcentagens de recursos a uma atuação preventiva que incida sobre o grupo de fatores de risco de maior relevância¹⁹.

Em 1977, na XXX Assembléia Mundial de Saúde, organizada pela OMS, a crise do setor saúde é discutida, determinando-se como meta social mais importante dos estados membros da OMS que todos os cidadãos do mundo tenham alcançado um nível de saúde que permita levar uma vida social e economicamente produtiva até o ano 2000, conhecida como a meta “saúde para todos no ano 2000”¹⁹.

Ganham destaque neste cenário as discussões sobre cuidados primários, propondo-se a estruturação da rede assistencial em três níveis de atenção à saúde diferenciados, conforme adotado desde 1920 na Grã-Bretanha, distinguindo as ações em centros de saúde primários, responsáveis pelas ações básicas, centros de saúde secundários, constituídos por especialistas

que forneciam apoio às ações dos centros primários, e hospitais²⁰, sendo uma rede planejada para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população.

Em 1977 e 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) organizaram conferências regionais reunindo especialistas em Cuidados Primários em Saúde³ e em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (URSS), a proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) foi consolidada em nível mundial²⁰⁻²², estabelecida como a estratégia para o cumprimento da meta “saúde para todos no ano 2000” e definida na Declaração de Alma-Ata como:

uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p.1)²³.

No Brasil desde a década de 1920 foram implantados serviços que hoje poderiam ser chamados de atenção primária, e durante a década de 1970, com a crise econômica que atingiu o setor saúde, a adesão a proposições de atenção primária entrou em debate na agenda da reforma sanitária, acompanhando as discussões internacionais do período²⁴.

Nessa fase algumas experiências sanitárias emergiram, difundindo um projeto de reforma da estrutura de assistência médica em contraposição à rede assistencial até então vigente, conformada por um padrão de consumo e de produção de serviços de elevado grau de desenvolvimento tecnológico, vinculada ao setor privado e altamente concentrada nas regiões metropolitanas²⁴.

As experiências influenciaram o movimento da reforma sanitária, contemporânea à reestruturação da política social brasileira, que apontou para um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático²⁴ e, no momento de criação do Sistema Único de Saúde, a determinação de universalidade do acesso à saúde vem acompanhada da diretriz de regionalização e hierarquização.

A rede assistencial do SUS surge, portanto, estruturada em três níveis de atenção (atenção básica ou atenção primária à saúde, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade) possibilitando avanços com relação à integralidade e continuidade da atenção à saúde, assumindo a atenção primária como eixo estruturador do sistema e direcionando as ações em saúde para as necessidades de saúde da população^{25,26}.

Esta estruturação encontra-se em implantação e, apesar da significativa expansão da atenção primária nas últimas décadas, ainda se verifica um sistema centrado na atenção ambulatorial especializada e hospitalar¹⁷. Considerando o caráter da fisioterapia fortemente vinculado a intervenções especializadas^{27,28}, é possível que entre estes profissionais a concentração em estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares se dê de forma mais intensificada.

Assim, além de investigar a oferta de fisioterapeutas entre as regiões e municípios do país (objeto de estudo do primeiro artigo), torna-se importante verificar de que maneira esta oferta se organiza entre os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde, aprofundando as considerações sobre o acesso a este profissional.

A análise da oferta também deve considerar a constituição plural do sistema de saúde brasileiro, em que coexistem ações públicas e privadas. Estudos anteriores têm ressaltado a maior vinculação de fisioterapeutas ao sistema privado^{29,30}, dificultando o acesso de uma parte da população que não apresenta condições financeiras para a compra de serviços privados.

O objetivo do segundo artigo foi, portanto, descrever a distribuição dos fisioterapeutas nos níveis de complexidade de atenção à saúde e entre os estabelecimentos públicos e privados, de acordo com dados Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, apresentando o título *Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde*.

O estudo identificou estabelecimentos da atenção especializada como os principais locais de atuação de fisioterapeutas, localizados majoritariamente em municípios de maior porte populacional e no setor privado, o que tende a restringir o acesso a este profissional. Fisioterapeutas inseridos em estabelecimentos da APS representaram apenas 13% do total de cadastros identificados, indicando a necessidade de estudos que aprofundem a investigação sobre a fisioterapia neste nível de atenção, direcionando a adequação da oferta destes profissionais de maneira integral.

Neste contexto, no terceiro artigo, intitulado *A inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: uma análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES/2010*, é proposto um maior detalhamento no estudo sobre fisioterapeutas na APS, tendo como objetivo descrever a distribuição dos fisioterapeutas em estabelecimentos da APS, a relação de número de habitantes por fisioterapeuta na APS e a proporção de municípios que apresentam este profissional no primeiro nível de atenção à saúde nas diferentes regiões, unidades federativas e porte populacional dos municípios.

O estudo ressaltou municípios de pequeno porte como os principais locais de atuação da fisioterapia na APS, sendo na maior parte dos municípios o único nível de atenção com este profissional. Considerando o envelhecimento populacional, o aumento de doenças crônico-degenerativas e de doenças ocupacionais e as elevadas taxas de acidente de trânsito e violência, que têm gerado o número crescente de usuários com alterações funcionais, a presença de fisioterapeuta unicamente na APS e sem o suporte de ações especializadas enfrenta forte pressão por atendimento terapêutico, gerando o risco de que os fisioterapeutas na APS reproduzam a atenção terapêutica individual ambulatorial e hospitalar com restrita participação em ações de promoção, prevenção e educação em saúde.

Considerando a histórica atuação da fisioterapia em centros especializados e a legislação e formação que durante décadas reforçou a atuação terapêutica individual em ambientes ambulatoriais e hospitalares², é possível que as dificuldades de adaptação ao primeiro nível de atenção à saúde sejam intensificadas.

O último artigo que compõe este estudo buscou, desta forma, caracterizar a atuação da fisioterapia na APS, por meio da aplicação de questionários *on line*, identificando as atividades desenvolvidas e as dificuldades enfrentadas nesta atuação, tendo como principal enfoque o entendimento de que a reorganização do sistema de saúde brasileiro orientada por uma atenção primária à saúde abrangente, condutora do processo de atenção, com boa integração da rede de serviços, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país.

Participaram do estudo 34 fisioterapeutas, com idade entre 22 e 47 anos (média 32,5 ± 6,36); 69,3% do sexo feminino; 41,2% residentes na região Sudeste, 38,2% no Sul, 17,6% no Nordeste e apenas 2,9% no Norte. O tempo de atuação na APS foi inferior a 05 anos em 70,6% dos casos, mostrando uma inserção ainda recente dos profissionais neste nível de

atenção. Atendimento domiciliar foi o tipo de intervenção mais frequente e 12% dos respondentes referiram atuação em praticamente todas as ações listadas no questionário, incluindo educação, prevenção, promoção, ações domiciliares, atendimentos individuais e em grupo, orientação a cuidadores e familiares, adaptação de ambientes, capacitação de profissionais e participação de reuniões em equipe ou do conselho local ou municipal de saúde, existindo experiências de aproximação aos princípios da APS. O planejamento das ações foi informado por 46% dos profissionais e apenas 32% referiram avaliar as ações desenvolvidas. *Demandas por áreas programáticas:* Saúde do Idoso foi citada como uma das áreas de maior demanda por 35% dos fisioterapeutas, seguida pela Saúde da Mulher (20%). As principais demandas foram por ações terapêuticas, porém verificam-se iniciativas de promoção e prevenção, como práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de risco; prevenção de quedas em idosos e atividades com hipertensos e diabéticos. *Dificuldade enfrentadas:* as principais dificuldade citadas foram Demanda espontânea excessiva (38,2%), Número insuficiente de fisioterapeutas por equipe; Espaço físico inadequado ou insuficiente; e Falta de transporte para atendimentos e visitas domiciliares (35,2% cada). Também foi relatado suporte insuficiente das ações de média e alta complexidade, desconhecimento sobre atribuições de profissionais da APS, dificuldades no trabalho em equipe e baixa adesão da população as intervenções.

Os quatro artigos citados são apresentados a seguir e visam, em seu conjunto, responder questões sobre a distribuição de fisioterapeutas no país, identificando iniquidades e locais sem a assistência destes profissionais, no intuito de contribuir com futuras políticas e intervenções que possam adequar a oferta de fisioterapeutas no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Arribas MJD. Fisioterapia Comunitária. [Proyecto Docente]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2007.
2. Freitas MS. A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
3. Aguiar RG. Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2004.
4. Schmidt LAT. Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde. [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2002.
5. Brasil. Ministério da Educação. Tabelas geradas no Sistema E-mec. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 10 outubro 2011.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Análise de alguns indicadores da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2009. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/comentarios.pdf. Acesso em: 10 julho 2011.
7. Almeida ALJ, Guimarães RB. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. *Fisioter Pesq.* 2009; 16(1): 82-88. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000100015&lng=pt. Acesso em: 3 fevereiro 2012.
8. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional COFFITO. Perguntas mais frequentes: quantitativo de profissionais. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/faqs/faq.asp>. Acesso em: 11 julho 2011.
9. Escorel S, Teixeira LA. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 333-384.
10. Rodríguez AM. Fisioterapia na Atención Primaria . Madrid: Editorial Síntesis S.A., 2007.
11. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 107-140.
12. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal. 2011.
13. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

14. _____. Lei nº 8.080, de 19 de 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. 20 set 1990; Seção 1:018055.
15. _____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 julho 2011.
16. _____. Decreto nº 7.508, 28 de junho de 2011. Brasília: 2011, 10p.
17. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. Giovanella. Políticas e sistema de saúde no Brasil. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 627-663.
18. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 215-243.
19. Vaquero, AIT. Clasificación de actividades del fisioterapeuta de Atención Primaria. Rev. Fisioterapia-Asociación Española de Fisioterapeutas. 19(1): 97-114, 1997.
20. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
21. Lacerda DAL, Ribeiro KSQS (orgs). Fisioterapia na comunidade. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2006.
22. Ribeiro FA. Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva, 2007.
23. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
24. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 575-625.
25. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%204.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.

26. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%203.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
27. Caldas, MAJ. O Processo de profissionalização do fisioterapeuta: um olhar em Juiz de Fora. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
28. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole; 1999.
29. Barreto HS, Rodrigues RM. Aproximações sobre a estrutura do mercado privado de fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes. Rev. Perspectivas On-line. 2010; 4(13): 145-157.
30. Malerbi FEK, Castro Y. Análise dos dados obtidos no I Censo dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo - CREFITO-3. 2008. Disponível em: <http://fisiopatia.files.wordpress.com/2011/03/censo_fisio-e-t-o.pdf>. Acesso em: 30 janeiro 2012.

Artigo 1: Distribuição territorial de fisioterapeutas no sistema de saúde brasileiro – uma análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/2010

Territorial distribution of physiotherapists in the brazilian health system – National Register of Health Service Providers (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES) / 2010

Larissa Riani Costa¹, Jorge Oishi², Patrícia Driusso³

¹Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. Universidade Federal do Amazonas. Manaus/AM. Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/SP. Brasil.

³Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/SP. Brasil.

Larissa Riani Costa. Endereço correspondência: Av. Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Setor Sul, Coroado I. Manaus-AM. CEP: 69077-000. Brasil. larissariani@yahoo.com.br

Artigo submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva (em avaliação)

RESUMO

OBJETIVO: descrever a distribuição de fisioterapeutas no sistema de saúde, a porcentagem de municípios que dispõe deste profissional e a razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes nas regiões e unidades federativas do Brasil, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **MÉTODO:** Foi realizado estudo transversal descritivo a partir de dados de Fevereiro de 2010 no banco nacional do CNES. Posteriormente, foi incluído o número de habitantes dos municípios, segundo o Censo Demográfico de 2010. Os dados foram analisados por técnicas estatísticas descritivas. **RESULTADOS:** Foram identificados 53.181 cadastros de fisioterapeutas distribuídos entre 22.238 estabelecimentos, dispostos em 76% dos municípios do país. Aproximadamente 50% dos cadastros estiveram concentrados na região Sudeste, 21% Nordeste, 18% Sul, 7% Centro-Oeste e 4% Norte. Sudeste e Sul apresentaram as melhores razões de fisioterapeutas/1000 habitantes (0,33 e 0,35, respectivamente), em contraposição ao Norte (0,13), e as maiores proporções de municípios com cadastros (91% Sudeste e 83% Sul), sendo no Norte observado apenas 40% dos municípios com este profissional. Metrôpoles e municípios de grande porte foram responsáveis por 64% dos postos de trabalho identificados, gerando uma razão de cadastros de fisioterapeutas/1000 habitantes crescente de acordo com o aumento do porte do município (de 0,19 em municípios de pequeno porte para 0,34 em metrôpoles). A maior razão de cadastros/1000 habitantes ocorreu nas metrôpoles do Sul (0,52). Municípios de pequeno porte apresentaram as menores coberturas. **CONCLUSÃO:** Estabelecimentos da região Sudeste e Sul e metrôpoles e municípios de grande porte foram os principais locais de atuação de fisioterapeutas, indicando a necessidade de políticas que promovam uma distribuição mais equânime destes profissionais no país.

Palavras-chave: fisioterapia, saúde pública, Brasil

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study aimed to describe the distribution of physiotherapists in the health system, the percentage of cities which have this kind of professional and the ratio between physiotherapists/1000 inhabitants and in different regions and federative units in Brazil, according to data provided by National Register of Health Service Providers- CNES. **METHOD:** A descriptive transversal design study was performed considering CNES national bank data/February 2010 and demographic census 2010 data. Data were analyzed through descriptive statistics techniques. **RESULTS:** The study identified 53,181 registries of physiotherapists distributed in 76% of the Brazilian cities; 50% were concentrated in the Southeast region, 21% Northeast, 18% South, 7% Central-West and 4% North; Southeast and South had the best ratio physiotherapists /1000 inhabitants (0.33 and 0.35, respectively), as opposed to the North (0.13), and the highest percentage of cities with registries (91% Southeast and 83% South), being observed in the North only 40% of cities with this type of professional. Metropolises and big cities were responsible for 64% of the identified positions, generating a ratio of registries/1000 inhabitants which increases according with the increase in the city size (0.19=small cities and 0.34=metropolises). The highest ratio of registries/1000 inhabitants occurred in the metropolises of the South (0.52). Small cities presented less coverage. **CONCLUSION:** Health service establishments from the Southeast and South regions and metropolises and big cities were the main actuation sites of physiotherapists indicating the need of policies to promote a more heterogeneous distribution of this professional throughout the country.

Keywords: Physical Therapy, Public Health, Brazil

INTRODUÇÃO

Modelo sanitário pode ser definido como o esquema de referência governamental utilizado para a organização de um conjunto de serviços destinados à saúde coletiva e individual de seus cidadãos, tendo como base a ideologia, os valores sociopolíticos e o grau de participação social de cada sociedade¹.

Entre os diferentes modelos sanitários adotados em todo o mundo, os modelos de sistemas nacionais de saúde de acesso universal têm sido apontados como os mais eficientes, mais equânimes, alcançando os melhores indicadores de saúde e maior impacto positivo nas condições de saúde das populações².

No Brasil, o modelo sanitário adotado é o de sistema nacional de saúde com acesso universal, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS)³, complementado pelas ações de saúde de iniciativa privada. O SUS atualmente é um dos sistemas públicos de saúde de maior cobertura do mundo, e sua criação trouxe diversos e significativos avanços para a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde no Brasil, principalmente relacionados à democratização do acesso à saúde⁴.

No entanto, a efetivação do acesso universal e equânime ainda não está concretizada; com mais de duas décadas de criação, o SUS ainda apresenta importantes iniquidades, principalmente relacionadas à variação da oferta de ações em saúde entre as diversas regiões do país⁵. Dessa forma, estudos sobre a distribuição geográfica de recursos humanos e a composição e qualificação das equipes de saúde são necessários para identificar as principais restrições de oferta e dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, e consequentemente, direcionar ações de políticas públicas mais eficientes, que promovam melhorias diretas à equidade do SUS.

No entanto, pesquisas voltadas à composição e distribuição de recursos humanos relacionadas ao SUS, em geral, são escassas e tratam frequentemente das três categorias profissionais médico, enfermeiros e odontólogos, sendo as demais profissões de nível superior apresentadas em conjunto como *outras profissões*⁶.

Nesse contexto, a atual distribuição dos profissionais de fisioterapia no sistema de saúde brasileiro ainda é pouco conhecida tal como a porcentagem de municípios que dispõe deste profissional, impossibilitando inferências mais adequadas sobre a relevância da profissão para a qualidade do atendimento de saúde pública e para a cobertura do SUS.

O presente trabalho teve como objetivo descrever a distribuição territorial dos fisioterapeutas no sistema de saúde, a porcentagem de municípios que dispõe deste profissional e a razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes nas diferentes regiões, unidades federativas e portes populacionais de municípios do Brasil.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal descritivo a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que se constitui como o principal sistema de informações de abrangência nacional sobre estabelecimentos de saúde no Brasil.

O CNES foi instituído pelo Ministério da Saúde na Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000⁷, visando subsidiar os gestores na implementação das políticas de saúde e contribuir nas áreas de planejamento, regulação, avaliação, controle, auditoria e de ensino/pesquisa. Inclui informações referentes aos aspectos: Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos, Serviços Ambulatoriais e Hospitalares, servindo de base para outros sistemas de informação do Ministério da Saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos sob o Protocolo 386/2009.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em primeiro de março de 2010, referentes aos dados atualizados de fevereiro do mesmo ano, junto à equipe responsável pelo banco do CNES em Brasília-DF. A busca incluiu informações dos 5.565 municípios da federação, sendo selecionados todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados que apresentaram pelo menos um fisioterapeuta cadastrado. Para cada estabelecimento de saúde que apresentou cadastro deste profissional, foram coletadas as informações: número de fisioterapeutas; região, unidade federativa e município de localização.

É importante destacar que profissionais que atuam em mais de um estabelecimento geram um cadastro para cada local de atuação, podendo, desta forma, existir mais de um cadastro para o mesmo profissional. As análises deste estudo consideraram o número total de cadastros.

Com o intuito de investigar a distribuição de fisioterapeutas conforme o porte populacional do município e a razão de fisioterapeutas por habitantes no país incluiu-se,

posteriormente, a informação do número de habitantes dos 5.565 municípios do Brasil, segundo dados do censo demográfico de 2010.

O critério adotado para a classificação do porte populacional dos municípios apresentou como referência o critério utilizado em estudos da Fundação CEPERJ⁸ (Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro), que considera:

- a) municípios de pequeno porte: população menor ou igual a 20.000 habitantes;
- b) municípios de médio porte: população entre 20.001 e 100.000 habitantes;
- c) municípios de grande porte: população entre 100.001 e 500.000 habitantes;
- d) metrópoles: população acima de 500.000 habitantes.

A opção pela classificação do porte populacional apresentada teve como intuito possibilitar futuras comparações com os dados do instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)⁹, que determina Variação de Padrões do Instrumento conforme o porte populacional: PB – Padrão Básico: aplicabilidade universal, para todos os instrumentos; > 20 – padrão aplicável aos municípios maiores de 20.000 habitantes; > 100 – padrão aplicável aos municípios maiores de 100.000 habitantes; > 500 – padrão aplicável aos municípios maiores de 500.000 habitantes.

Para o cálculo da razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes foi utilizada a equação:

$$\text{Razão Fisioterapeutas por 1.000 habitantes} = \frac{\text{total de cadastros de fisioterapeutas} * 1000}{\text{número de habitantes}}$$

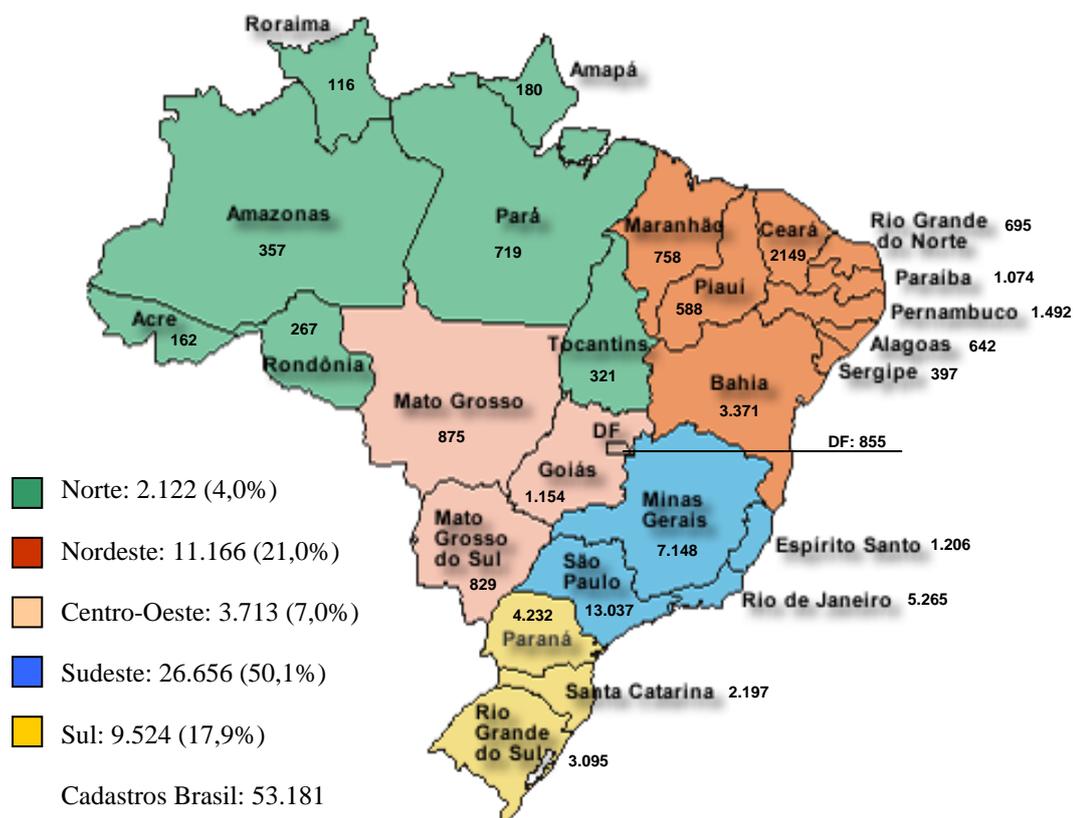
Análise dos dados

Os dados foram analisados por técnicas estatísticas descritivas apresentadas em Tabelas e Figuras, sendo considerados para as análises: número de cadastros de fisioterapeutas, porcentagem de municípios que dispõe de fisioterapeutas e razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes segundo as regiões, unidades federativas e porte populacional dos municípios.

RESULTADOS

Foram identificados no CNES 53.181 cadastros de fisioterapeutas. O número de estabelecimentos com registro destes profissionais foi 22.238, distribuídos em 76% dos municípios do país (4.251 municípios). Na Figura 1 é apresentado o total de cadastros segundo as regiões e unidades federativas (UF). Aproximadamente 50% foram referentes a estabelecimentos localizados na região Sudeste, 21% Nordeste, 18% Sul, 7% Centro-Oeste e 4% Norte. A UF com maior número de cadastros foi São Paulo, contemplando 25% do total, seguida por Minas Gerais (13%), Rio de Janeiro (10%), Paraná (8%), Rio Grande do Sul (6%), Santa Catarina (4%) e Ceará (4%), que apresentaram valores acima de 2.000 cadastros cada. Roraima foi a UF com menor número de cadastros, representando 0,2%.

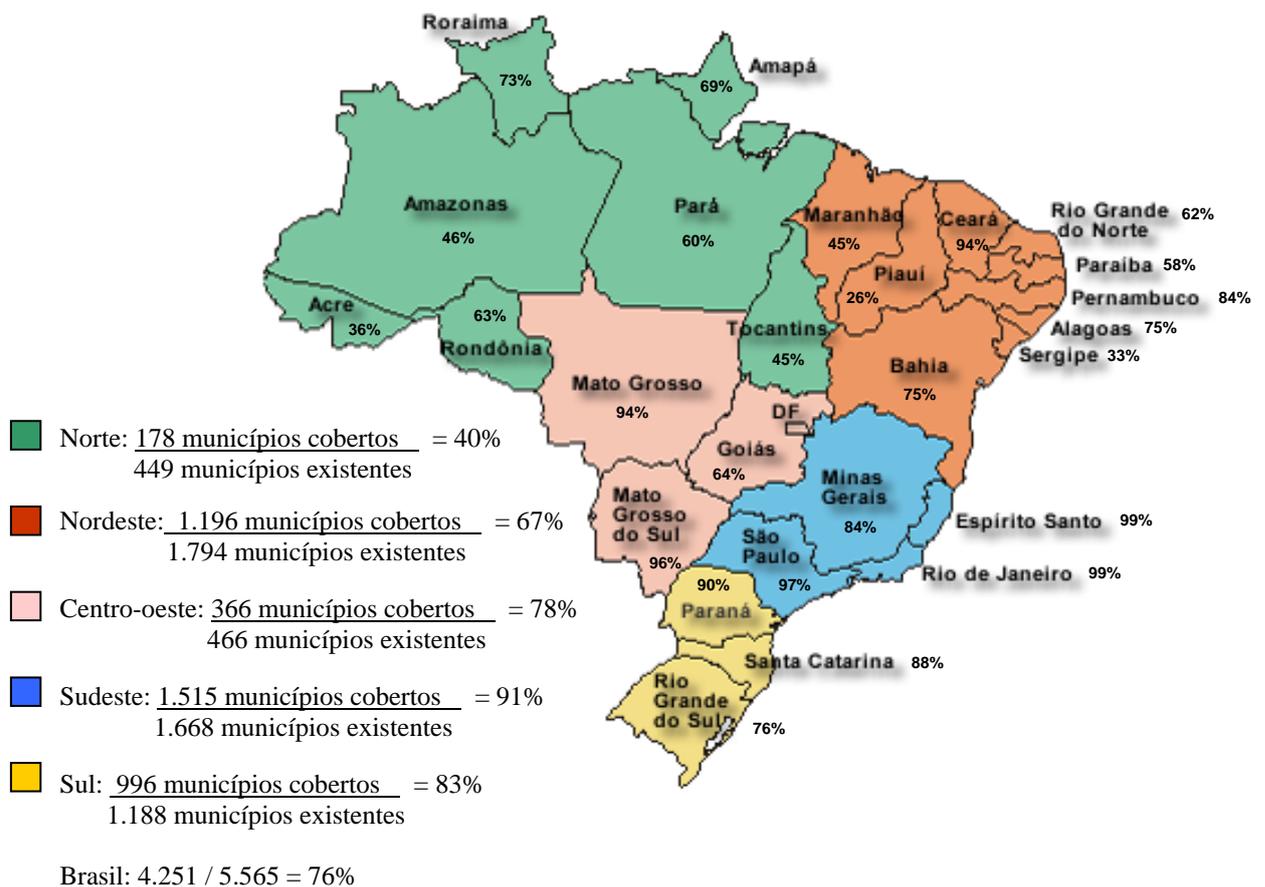
Figura 1 - Número de cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos de saúde, segundo as regiões e unidades federativas brasileiras, 2010.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), fevereiro de 2010.

A maior concentração de profissionais no Sudeste se reflete na maior porcentagem de municípios cobertos por fisioterapeutas nessa região. A Figura 2 contém a porcentagem de municípios com fisioterapeutas nas regiões e unidades federativas, sendo observada a presença de fisioterapeutas em 91% dos municípios do Sudeste. A região Norte apresentou apenas 40% de municípios com cadastros, sendo ainda alta a proporção de localidades sem registros de fisioterapeutas.

Figura 2 - Porcentagem de municípios com cadastros de fisioterapeutas, segundo as regiões e unidades federativas brasileiras, 2010.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), fevereiro de 2010.

A análise dos dados da Figura 2 indica também os Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Ceará como locais com coberturas superiores a 90%, em contraposição aos estados do Acre, Sergipe e Piauí, que apresentaram as menores coberturas (entre 26 e 36%).

Na Tabela 1, verifica-se, porém, que apesar da superioridade de cadastros observadas para a região Sudeste e da maior proporção de municípios com fisioterapeutas nesta região, o Sul apresentou a melhor razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes (0,35), seguido pela região Sudeste (0,33) e Centro-Oeste (0,26), sendo Nordeste e Norte as regiões com as piores razões fisioterapeuta/1.000 habitantes (0,21 e 0,13, respectivamente).

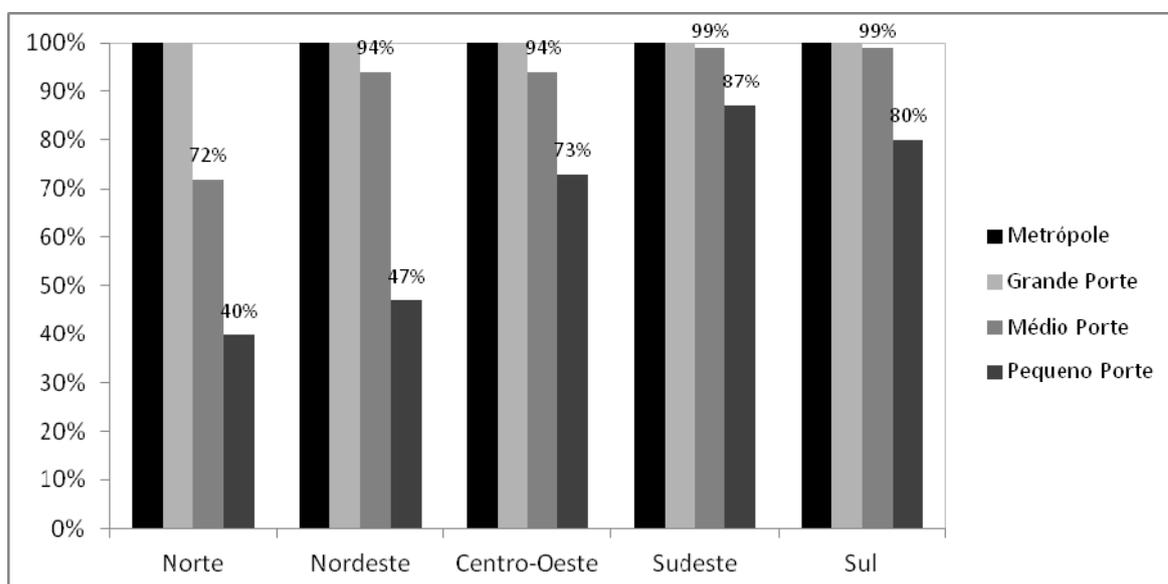
Quando investigada a distribuição de cadastros de acordo com os portes populacionais dos municípios (Tabela 1), verifica-se que municípios de pequeno porte, que representam 70,5% dos municípios do país e 18% da população brasileira, concentram apenas 12% dos cadastros, estando 88% dos fisioterapeutas vinculados a estabelecimentos de saúde de municípios acima de 20.000 habitantes. Metrôpoles e municípios de grande porte, que representam 5% dos municípios e 54% da população total, são responsáveis por 64% dos postos de trabalho identificados¹⁸. A concentração de cadastros em municípios de maior porte populacional gera uma razão de cadastros de fisioterapeutas por 1.000 habitantes crescente de acordo com o aumento do porte do município, progredindo de 0,19 em municípios de pequeno porte para 0,34 em metrôpoles (Tabela 1). A maior razão de cadastros de fisioterapeutas por 1.000 habitantes ocorreu nas metrôpoles da região Sul (0,52) e Nordeste (0,42). Municípios de pequeno porte do Norte e Nordeste e médio porte do Norte foram os locais com menor razão (0,07; 0,08 e 0,08, respectivamente).

Tabela 1 - Distribuição dos cadastros de fisioterapeutas e razão de fisioterapeutas por 1000 habitantes segundo os portes populacionais dos municípios e regiões do país. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010; Censo demográfico, 2010

UF	Fisioterapeutas n / %	Municípios Brasil n / %	Municípios com fisioterapeutas n / %	População Total Brasil n / %	Razão fisioterapeutas/ 1000 habitantes
Brasil	53.181 (100%)	5.565 (100%)	4.251 (100%)	190.732.694 (100%)	0,28
Norte	2.122 (4%)	449 (8%)	240 (6%)	15.865.678 (8%)	0,13
Nordeste	11.166 (21%)	1.794 (33%)	1.134 (27%)	53.078.137(28%)	0,21
Centro-Oeste	3.713 (7%)	466 (8%)	366 (9%)	14.050.340(8%)	0,26
Sudeste	26.656 (50%)	1.668 (30%)	1.515 (35%)	80.353.724(42%)	0,33
Sul	9.524 (18%)	1.188 (21%)	996 (23%)	27.384.815(14%)	0,35
Metrópoles	19.268(36%)	38 (0,7%)	38 (0,9%)	55.838.476 (29%)	0,34
Norte	587 (1%)	02 (<0,1%)	02 (0,1%)	3.194.556 (2%)	0,18
Nordeste	5.355 (10%)	11 (0,2%)	11 (0,2%)	12.719.656 (7%)	0,42
Centro-Oeste	1.780 (3%)	04 (0,1%)	04 (0,1%)	5.203.409 (3%)	0,34
Sudeste	9.376 (18%)	17 (0,3%)	17 (0,4%)	30.542.125 (16%)	0,31
Sul	2.167 (4%)	04 (0,1%)	04 (0,1%)	4.178.730 (2%)	0,52
Grande porte	14.648 (28%)	245 (4,3%)	245 (5,7%)	48.567.489 (25%)	0,30
Norte	885 (2%)	19 (0,3%)	19 (0,4%)	4.058.620 (3%)	0,22
Nordeste	1.979 (4%)	46 (0,8%)	46 (1,1%)	8.363.274 (4%)	0,24
Centro-Oeste	482 (1%)	14 (0,2%)	14 (0,3%)	2.601.760 (1%)	0,18
Sudeste	8.509 (16%)	122 (2,2%)	122 (2,9%)	24.908.645 (13%)	0,34
Sul	2.793 (5%)	44 (0,8%)	44 (1,0%)	8.635.190 (5%)	0,32
Médio porte	12.789 (24%)	1367 (24,5%)	1287 (30,3%)	53.642.864 (28%)	0,24
Norte	481 (1%)	153 (2,7%)	110 (2,6%)	6.183.019 (3%)	0,08
Nordeste	2.890 (5%)	541 (9,7%)	509 (12,0%)	20.111.093 (11%)	0,14
Centro-Oeste	850 (2%)	89 (1,6%)	87 (2,0%)	3.468.060 (2%)	0,24
Sudeste	5.986 (11%)	384 (6,9%)	382 (9,0%)	15.793.666 (8%)	0,38
Sul	2.582 (5%)	200 (3,6%)	199 (4,7%)	8.087.026 (4%)	0,32
Pequeno porte	6.476 (12%)	3915 (70,5%)	2681 (63,1%)	32.683.865 (18%)	0,19
Norte	169 (<1%)	275 (5,0%)	109 (2,6%)	2.429.483 (2%)	0,07
Nordeste	942 (2%)	1196 (21,5%)	568 (13,4%)	11.884.114 (6%)	0,08
Centro-Oeste	601 (1%)	359 (6,5%)	261 (6,1%)	2.777.111 (1%)	0,22
Sudeste	2.785 (5%)	1145 (20,6%)	994 (23,4%)	9.109.288 (5%)	0,30
Sul	1.982 (4%)	940 (16,9%)	749 (17,6%)	6.483.869 (3%)	0,30

A Figura 3 contém a porcentagem de municípios com fisioterapeutas de acordo com o porte populacional nas diferentes regiões. Para as regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste foi observada a presença de fisioterapeutas em todas as metrópoles e municípios de grande porte e acima de 94% dos municípios de médio porte. Municípios de pequeno porte apresentaram as menores coberturas sendo, no Norte, identificado registro de fisioterapeutas em apenas 40% destes municípios.

Figura 3 - Porcentagem de municípios com cadastro de fisioterapeutas por região segundo o porte populacional, 2010.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010.

DISCUSSÃO

Este estudo identificou a região Sudeste como o principal local de atuação da fisioterapia no país, representando 50,1% do total de cadastros, seguida das regiões Nordeste (21,0%) e Sul (17,9%), que se constituem como as três regiões mais populosas. Segundo dados do censo demográfico de 2010¹⁰, a população da região Sudeste representa 42% da população do país, a região Nordeste 28% e Sul 14%, o que gera uma demanda maior de atendimento por parte da população do que as demais regiões, que representam 8% e 7% da população (Norte e Centro-Oeste, respectivamente). Porém, a concentração de fisioterapeutas no Sudeste (50,1%) e Sul (17,9%) foi superior à representatividade populacional destas

regiões (42% Sudeste e 14% Sul), resultando em melhor razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes em comparação com as demais regiões (0,35 Sul, 0,33 Sudeste, 0,26 Centro-Oeste, 0,21 Nordeste e 0,13 Norte).

Para as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, diferentemente, foi verificada representatividade inferior, que representam 28%, 8% e 8% da população, respectivamente, e apenas 21%, 4% e 7% dos postos de trabalho de fisioterapeutas, mostrando uma desigualdade entre as proporções reais e as esperadas para cada região.

A distribuição desigual de fisioterapeutas no território nacional se reflete na relação do número de cadastros por mil habitantes, sendo observada para a região Sul e Sudeste relação de aproximadamente 3 vezes aquela verificada no Norte do país. Quando considerados os portes populacionais, as diferenças entre as regiões se tornam intensificadas, ocorrendo entre os municípios de pequeno porte as maiores divergências.

A distribuição desigual entre as regiões do país é também observada em outras profissões, segundo dados disponíveis no site do DATASUS (Departamento de Informática do SUS)¹¹ para o mesmo período de 2010, existindo ênfase na oferta de postos de trabalho na região Sudeste. Quando consideradas todas as profissões de nível superior da área da saúde conjuntamente (1.359.714 profissionais), a proporção de profissionais nas regiões Sudeste e Sul foi superior a concentração populacional destas regiões (51% dos postos de trabalho na região Sudeste, 20% Nordeste, 17% Sul, 7% Centro-Oeste e 4% Norte)¹¹. Apenas para as especialidades vinculadas à atenção primária à saúde foi verificada maior dispersão entre as regiões, com prevalência de cadastros na região Nordeste (Especialidades de Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, Médico da Família e Cirurgião Dentista da Saúde da Família: 8% Norte, 40% Nordeste, 7% Centro-Oeste, 30% Sudeste e 14% Sul)¹¹.

A iniquidade na distribuição de profissionais de saúde adquire maior gravidade ao se considerar que o Norte e o Centro-Oeste, que possuem o menor número de profissionais, se caracterizam como regiões de extensa área territorial e elevada dispersão populacional. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰ referentes a 2010, as extensões territoriais do Norte e Centro-Oeste representam, respectivamente, 45% e 19% do território nacional, resultando em uma densidade demográfica de 4,12 e 8,75 habitantes por Km². As densidades demográficas verificadas para as demais regiões foram 34,1 (Nordeste), 48,58 (Sul) e 86,92 (Sudeste), com 18%, 6% e 10% da área territorial do país¹⁰. Como decorrência da maior dispersão populacional, dificuldades de transportes aos

serviços de saúde tem sido destacadas como importantes barreiras de acesso em diversos municípios do Norte e Centro-oeste, indicando que a distribuição observada provavelmente não condiz com necessidades loco-regionais.

O Norte e Nordeste também se caracterizam como as regiões com maiores taxas de população residente em zona rural, sendo uma população que reconhecidamente apresenta maiores barreiras a utilização de serviços de saúde (Taxa de urbanização Norte 73,5; Nordeste 73,1; Centro-Oeste 88,8; Sudeste 92,9 e Sul 84,9)¹⁰.

Os dados estão de acordo com o ressaltado nos estudos de Almeida e Guimarães¹² (2009) e Schmidt¹³ (2002), que identificaram maior concentração de fisioterapeutas inscritos nos Conselhos Regionais de Fisioterapia da região Sudeste. Ambos os estudos, porém, investigam a distribuição entre as Regiões e Unidades Federativas, não levando em consideração o número de profissionais distribuídos entre capital e interior ou porte populacional dos municípios. Schmidt¹³ (2002) ressalta a importância na realização de análises mais profundas, considerado a forte tendência de migração dos profissionais formados para os grandes centros, com possível existência de uma demanda não-atendida em municípios menores.

Esta hipótese levantada pela autora foi observada no presente estudo, sendo verificadas iniquidades também no número de profissionais de fisioterapia de acordo com o porte populacional dos municípios. Metrôpoles e municípios de grande porte, que representam 29% e 25% da população brasileira, respectivamente, foram responsáveis por aproximadamente 36% e 28% dos cadastros de fisioterapeutas, sendo identificada a presença deste profissional em 100% dos grandes centros. Em contraposição, municípios de pequeno porte, fundamentalmente das regiões Norte e Nordeste, representam áreas de vazio assistencial, com ausência de cadastros de fisioterapeutas, respectivamente, em 60% e 53% dos municípios de pequeno porte. Quando investigada a relação de cadastros de fisioterapeutas por mil habitantes de acordo com o porte populacional observa-se para as metrôpoles da região Sul relação de 7 vezes a verificada em municípios de pequeno porte do Norte. Outros estudos que investiguem a distribuição de fisioterapeutas segundo o porte populacional no país não foram identificados na literatura.

Um dos possíveis fatores determinantes da concentração de fisioterapeutas na região Sudeste e Sul e em municípios de maior porte populacional é o maior grau de desenvolvimento socioeconômico destas localidades em relação as demais do país. No ano de

2008, a participação do Sudeste no Produto Interno Bruto (PIB) nacional foi de 56%, seguido pela região Sul (16%). O Nordeste apesar de apresentar o dobro da representatividade populacional do Sul (Nordeste 28% e Sul 14%), atingiu participação no PIB inferior a esta região (Nordeste 13% e Sul 16%). As regiões Centro-Oeste (9%) e Norte (5%) foram os locais com menor participação. Diversos estudos têm destacado a correlação entre a oferta de serviços de saúde e a participação no Produto Interno Bruto (PIB) Nacional e o Índice de Desenvolvimento Humano¹⁴. Sales¹⁴ (2010) ressalta a problemática associada à influência econômica na conformação do sistema de saúde. Em estudo realizado na Paraíba, o autor observou que os municípios de João Pessoa e Campina Grande, maiores PIB do estado, concentram os estabelecimentos e equipamentos de alta complexidade, estando distante entre si apenas 130 km. A distância é um fator fundamental para a acessibilidade, demonstrando desigual distribuição dos serviços no estado e um precário acesso à saúde por parte da população que mora distante de ambas as cidades. Da mesma forma, é possível que a distribuição de fisioterapeutas em locais de maior PIB gere desigualdades de acesso a este profissional.

A influência do desenvolvimento econômico sobre a distribuição dos serviços de saúde têm origem no próprio processo histórico da assistência à saúde no Brasil. Até o início do século XX a assistência médica individual era praticamente inexistente, ofertada em sua maioria pela iniciativa privada por meio de pagamento direto ou insituições filantrópicas, sendo a intervenção estatal no campo da saúde restrita à aplicação de ações voltadas à coletividade no combate a epidemias existentes. Em 1923 a oferta de assistência médica individual passa a ser ofertada no sistema público, garantida como benefício previdenciário apenas aos trabalhadores formais por meio de contribuição compulsória¹⁵.

A assistência estatal à saúde nasce, portanto, vinculada ao Ministério do Trabalho e de Previdência Social, promovendo a estruturação da rede de estabelecimentos de atenção à saúde concentrada nas localidades com maior número de trabalhadores e economicamente mais ativas. Sob uma lógica do mercado de trabalho setorial e corporativa, a saúde previdenciária se organiza desvinculada das ações de saúde coletiva, em um sistema segmentado e socialmente excludente que se mantém até o final da década de 80, quando o direito a assistência à saúde é expandido a todos os segmentos da população com a criação do SUS¹⁵.

A rede de saúde existente no início da implantação do SUS já se apresentava desta maneira concentrada no eixo Sul-Sudeste, notadamente em municípios de maior porte e com maiores taxas de população urbana, refletindo em parte a atual distribuição dos estabelecimentos e recursos humanos.

A maior oferta nas regiões economicamente mais ativas é ainda reforçada nos anos seguintes pela maior concentração de instituições de nível superior nestas localidades, resultando em formação de maior número de profissionais para o mercado de trabalho. A distribuição de cursos de graduação em fisioterapia em 2011 apresentou 269 cursos no Sudeste (50%); 83 Sul (15%); 47 Centro-Oeste (9%); 112 Nordeste (21%); e 31 na região Norte (6%) e, considerando que a maior parte das instituições é da iniciativa privada, também se verifica a influência do desenvolvimento econômico nesta distribuição¹⁶. Bispo Junior¹⁷ (2009) argumenta que a rápida expansão de instituições privadas de forma desregulada provocou a mercantilização da educação superior no Brasil, com inexistência de planejamento, baixa qualidade e desequilíbrios entre áreas de conhecimento e entre regiões geográficas. Segundo o autor, a desigualdade na distribuição dos cursos apresenta potenciais reflexos na assistência à população, em virtude tanto da carência de profissionais em algumas localidades, quanto de divergências corporativas.

A desigualdade na distribuição dos postos de trabalho tende, no entanto, a diminuir. Resultados da pesquisa Assistência Médico-Sanitária AMS⁶ indicam que o crescimento do número de profissionais de nível superior da área da saúde na região Norte entre 2005 e 2009 (42%) foi superior ao crescimento nas demais regiões (entre 21,8% e 28,3%)⁶. A expansão da rede de atenção primária e o processo de municipalização da saúde podem representar um fator de influência ao crescimento no Norte, bem como a expansão da atenção de serviços do setor privado.

A expansão do sistema deve, no entanto, estar pautada no conhecimento da real necessidade de profissionais, identificando locais de vazios assistenciais, em contraposição à atual distribuição não programada. Os sistemas de informação assumem assim papel fundamental na ampliação do acesso ao profissional de fisioterapia e demais profissionais, buscando efetivar a universalidade da atenção.

A ampliação do número de estabelecimentos e recursos humanos em saúde nos diversos municípios, porém, não garante o acesso aos serviços de saúde. A conformação dos serviços é um dos fatores que podem atuar sobre sua utilização. Sistemas de saúde que

apresentam centralidade no setor privado e em serviços especializados tendem a apresentar maiores barreiras ao acesso, sendo importante a investigação destes demais aspectos para o planejamento de políticas voltadas a profissão.

Destaca-se, neste contexto, a necessidade de estudos que investiguem qual a distribuição dos postos de trabalho em fisioterapia segundo os níveis de complexidade de atenção, bem como a participação destes profissionais nos sistemas público e privado de assistência à saúde no Brasil.

Por fim, é importante ressaltar como limitações do estudo que o total de fisioterapeutas cadastrados no CNES (53.181) é inferior ao número de profissionais registrados no Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹⁸, que em novembro de 2011 totalizava 154.563 profissionais. Esta disparidade se deve, em parte, ao crescimento do número de fisioterapeutas entre a data de coleta de dados deste estudo (março de 2010) e a data referente aos dados do COFFITO (novembro de 2011).

Deve-se considerar também o fato de o CNES conter somente informações referentes aos profissionais em atividade vinculados a estabelecimentos de saúde. Fisioterapeutas que se encontram em situação de desemprego, profissionais que não estejam atuando na área e fisioterapeutas em atividade que não apresentam vínculos com estabelecimentos de saúde, embora sejam contabilizados entre os profissionais inscritos no Conselho, não se encontram registrados no CNES.

De acordo com o Censo realizado pelo CREFITO-3¹⁹ (2008), aproximadamente 32% dos 24.822 fisioterapeutas respondentes ao censo não exercem atividade remunerada na área. Os motivos relatados foram desemprego (66,7%), exercer outra atividade (21,0%), estar fazendo cursos (15,2%) e ter mudado de área (10,5%). Dos 16.978 fisioterapeutas em atividade, 15.865 discriminaram o local de trabalho e, destes, 13,5% (2.142) e 4,9% (778) informaram atuar em Atendimento Domiciliar e “Home Care”, respectivamente, indicando uma parcela de profissionais sem vínculo com estabelecimentos. Há assim, entre os 24.822 profissionais, apenas 12.945 (52,1%) vinculados a estabelecimentos. Considerando que entre os estabelecimentos listados se encontram alguns tipos de estabelecimentos possivelmente não incluídos no CNES, como Universidade/Faculdade (719), Instituições (presídio, orfanato e outros, 403), Escola Especial (359), Empresa (498), Academia (474), Casa de Repouso (200), Clube (123), Indústria e comércio de Equipamentos (48), SPA (43) e Calçados

Ortopédicos (12), o total de profissionais efetivamente vinculados a estabelecimento de saúde torna-se ainda menor.

O censo realizado pelo CREFITO 12²⁰ entre setembro de 2008 e agosto de 2009, também identificou apenas 55% dos 2.325 dos fisioterapeutas respondentes vinculados a empresas públicas, privadas ou filantrópicas. O total de profissionais liberais atingiu 20,3%, 11,3% informaram não trabalhar e 13,6% não responderam a questão referente a atuação profissional.

Há ainda que se destacar a prática parcial de formalização dos cadastros no CNES. Embora exista determinação legal sobre a obrigatoriedade de cadastramento de todos os estabelecimentos públicos e privados de saúde no país e dos respectivos profissionais em atuação (Portaria N° 511/2000)²¹, parte dos estabelecimentos existentes ainda se encontra sem o respectivo registro, não existindo uma estimativa sobre a parcela de estabelecimentos não coberta.

Entre os estabelecimentos públicos e privados conveniados ao SUS, o registro no CNES é estabelecido como pré-requisito para pagamento da produção, sendo o número destes tipos de estabelecimentos no CNES provavelmente próximo ao número efetivo⁷. Da mesma forma, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa - RN n° 85, de 7 de Dezembro de 2004²², e da Resolução Normativa n° 11, de 07 de Junho de 2005²³, estipula o cadastro no CNES como exigência obrigatória na contratualização entre prestadores de serviço e operadoras de planos privados de saúde. É possível, portanto, que o total de estabelecimentos que prestam serviços na saúde suplementar atualmente registrados no CNES também esteja próximo ao real.

Estima-se, assim, que os estabelecimentos privados não conveniados ao SUS e não vinculados à saúde suplementar se constituam como os estabelecimentos que apresentam a maior divergência entre número de cadastrados no CNES e o número de estabelecimentos existentes. Considerando que estabelecimentos privados tendem a se concentrar nas regiões Sul e Sudeste e em grandes centros, a proporção de profissionais nestas localidades é provavelmente ainda maior.

Dessa forma, o presente estudo trabalhou com dados de uma parcela dos profissionais existentes do país, sendo possível que as proporções observadas sejam parcialmente divergentes das reais proporções. Ainda assim, o CNES representa atualmente o

banco de dados com maior número de informações sobre estabelecimentos de saúde do país, caracterizando-se como importante fonte de estudos e pesquisas e na gestão em saúde.

Portarias Ministeriais e da ANS que promovam o cadastramento do maior número de estabelecimentos tem sido implementadas, assim como diversas iniciativas estaduais de incentivo a melhoria da qualidade dos dados contidos no CNES, a exemplo do “Programa 100% CNES”²⁴ (2011) da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, ampliando continuamente as informações contidas neste cadastro.

O estímulo à formalização dos profissionais não deve se constituir, porém, como papel exclusivo do Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e ANS. Conselhos Regionais e Federais de profissionais da área da saúde, Instituições de Ensino Superior e associações profissionais adquirem importante papel no estímulo à formalização de cadastros, contribuindo no processo de expansão da cobertura do CNES.

O CNES possibilita, porém, a análise da realidade da rede assistencial existente. Análises que abordem profissionais em atividade sem vínculo com estabelecimentos de saúde dependerão da criação de mecanismos que complementem as informações existentes no cadastro. A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) desenvolvida pelo IBGE, da mesma forma, apresenta caráter censitário sobre os profissionais vinculados a estabelecimentos de saúde, também abordando uma parcela dos profissionais.

Os Conselhos Regionais e Federal representam o principal espaço para a obtenção de informações complementares, ao reunir dados sobre profissionais vinculados ou não a estabelecimentos de saúde. A adoção de um instrumento padrão que possibilite a aplicação em âmbito nacional torna-se importante, possibilitando o acompanhamento evolução da distribuição de fisioterapeutas no Brasil e orientando medidas que incentivem maior equidade na oferta das ações deste profissional.

CONCLUSÃO

Estabelecimentos da região Sudeste e Sul e metrópoles e municípios de grande porte constituem-se como os principais locais de atuação de fisioterapeutas. Municípios de pequeno porte do Norte e Nordeste foram as principais localidades desassistidas, sendo ainda alta a proporção de municípios sem a presença de fisioterapeutas. A razão fisioterapeutas por 1.000 habitantes variou entre 0,07 (Municípios de pequeno porte do Norte) e 0,52 (Metrópoles do Sul), indicando importante variação na oferta deste profissional. Verifica-se assim a

necessidade de políticas que promovam uma distribuição mais equânime de fisioterapeutas no Brasil, ampliando o acesso da população a este profissional.

AGRADECIMENTOS: Os autores agradecem a colaboração do Departamento de Atenção Básica e da equipe de coordenação do do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Rodríguez AM. Fisioterapia na Atención Primaria . Madrid: Editorial Síntesis S.A., 2007.
2. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.107-140. p. 107-140.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
4. Barata LRB, Tanaka OU, Mendes JDV. 15 anos de SUS: desafios e perspectivas, 2003.
5. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 215-243.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Análise de alguns indicadores da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/comentarios.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS 376 de 03 de outubro de 2000.
8. Fundação CEPERJ-Centro de Estatísticas Estudo e Pesquisa. Estudo sobre a presença do Estado nos Municípios de pequeno porte até 20.000 habitantes, de médio porte de 20.000 a 100.000 habitantes e grande porte de 100.000 ou mais classificados por regiões do Estado. Disponível em: <http://www.fesp.rj.gov.br/ceep/projeto_atividades/presenca.html>. Acesso em: 15 janeiro 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento Técnico: Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família AMQ. 3.ed – Brasília : Ministério da saúde, 2008.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados do Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 22 outubro 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Informações em saúde/ redes assistenciais/ profissionais. Tabelas geradas a partir dos dados CNES de março de 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>. Acesso em: 15 janeiro 2012.
12. Almeida ALJ, Guimarães RB. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. Fisioter Pesq. 2009; 16(1): 82-88. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000100015&lng=pt>. Acesso em: 3 fevereiro 2012.

13. Schmidt LAT. Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde. [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2002.
14. Sales ALP. A dispersão e a concentração dos serviços de saúde no Brasil: duas escalas de análises a partir de Campina Grande. Anais do XVI Encontro Nacional de Geógrafos. 2010; 1-7. Porto Alegre-RS. ISBN 978-85-99907-02-3.
15. Escorel S, Teixeira LA. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 333-384.
16. Brasil. Ministério da Educação. Tabelas geradas no Sistema E-mec. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 10 outubro 2011.
17. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. História, Ciências, Saúde. 2009; 16(3):655-668.
18. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional COFFITO. Perguntas mais frequentes: quantitativo de profissionais. Disponível em: <www.coffito.gov.br>. Acesso em: 10 julho 2011.
19. Malerbi FEK, Castro Y. Análise dos dados obtidos no I Censo dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo - CREFITO-3. 2008. Disponível em: <http://fisiopatia.files.wordpress.com/2011/03/censo_fisio-e-t-o.pdf>. Acesso em: 30 janeiro 2012.
20. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 12ª Região (Crefito-12). Saber mais para valorizar melhor. Revista Crefito 12. Ano I I - Nº 3 - Ano 2010. Disponível em: <http://issuu.com/gutocavalleiro/docs/revista_crefito_censo-atual>. Acesso em: 30 janeiro 2012.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 511, de 29 de dezembro de 2000. Diário Oficial, 3-e, de 4 de Janeiro de 2001.
22. _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004. Disponível em: <<http://www.brasilmetodo.com.br/BrasilMetodo/arquivos/Produtos/Planos%20de%20Saude/RN%2085%20DE%202004%20ANS.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
23. _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Instrução normativa – IN nº 11 de 7 de junho de 2005 da diretoria de normas e habilitação dos produtos. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=957>. Acesso em: 10 julho 2011.
24. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. *Programa 100% CNES: Manual ano 06*. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

Artigo 2: Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde

Distribution of physiotherapist between public and private establishments in different levels of complexity of health care

Larissa Riani Costa¹, José Luiz Riani Costa², Jorge Oishi³, Patrícia Driusso⁴

¹Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. Universidade Federal do Amazonas. Manaus/AM. Brasil.

²Departamento de Educação Física, Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Rio Claro, SP, Brasil

³Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/SP. Brasil.

⁴Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/SP. Brasil.

Larissa Riani Costa. Endereço correspondência: Av. Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Setor Sul, Coroado I. Manaus-AM. CEP: 69077-000. Brasil. larissariani@yahoo.com.br

Artigo aceito para publicação na Revista Brasileira de Fisioterapia

RESUMO

CONTEXTUALIZAÇÃO: O Sistema Único de Saúde é organizado de forma regionalizada e hierarquizada, apresentando três níveis de complexidade de atenção à saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde, sendo complementada pelas ações especializadas. No entanto, a centralidade na atenção especializada ainda é uma realidade no país, principalmente no setor privado. Estudos sobre a distribuição das profissões no sistema de saúde permitem a formulação de políticas adequadas que fortaleçam a APS. **OBJETIVO:** investigar a distribuição dos fisioterapeutas nos níveis de complexidade de atenção à saúde e entre os estabelecimentos públicos e privados, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal descritivo. Os dados foram coletados no banco nacional do CNES, em março de 2010, sendo analisados por técnicas estatísticas descritivas. **RESULTADOS:** Foram identificados 53.181 cadastros de fisioterapeutas, com 60% vinculados ao setor privado. Apenas 13% de todos os cadastros estiveram vinculados à APS. A predominância na atenção especializada ocorreu no setor público (65%) e privado (aproximadamente 100%), sendo o maior número de profissionais vinculados a estabelecimentos privados especializados da região Sudeste (16.043). Apenas o setor público da região Sul apresentou maioria na APS. Quando considerados os portes dos municípios, verifica-se concentração na atenção especializada em municípios de maior porte. **CONCLUSÃO:** Este estudo identificou concentração de fisioterapeutas na atenção especializada, majoritariamente em municípios de maior porte populacional e no setor privado, sendo ainda restrita a participação na APS.

Palavras-chave: Fisioterapia, saúde pública, setor privado, atenção primária à saúde, assistência ambulatorial, assistência hospitalar

ABSTRACT

Background: The Brazilian Health System is organized on a regional and hierarchical form, with three levels of complexity of health care. The Primary Care represents the first element of a continuing health care process, complemented by specialized actions. However, the centrality of the specialized care is still a reality in the country, especially in the private sector. Studies on the distribution of professionals in the health system allow the formulation of appropriate policies is necessary. **OBJECTIVES:** To investigate the distribution of physiotherapists in the levels of complexity of health care and between public and private establishments, according to data from the National Register of Health Service Providers-CNES. **METHOD:** A descriptive transversal study was performed considering CNES-national bank data collected in March 2010 and demographic census 2010 data. Data were analyzed through descriptive statistics techniques. **RESULTS:** We identified 53,181 registries of physiotherapists, 60% linked to the private sector. Only 13% of all entries were linked to Primary Care. The predominance in specialized care occurred in the public sector(65%) and private sector(100%). The specialized establishments of private sector linked to the Southeast region (16,043) were the main actuation sites of physiotherapists. Only the public sector in the South had a majority in the Primary Care. When considering the sizes of the cities, there is focus on specialist care in bigger cities. **CONCLUSIONS:** This study identified the concentration of physiotherapists in the specialized care, mostly in metropolises and big cities and in the private sector, with restricted to participation in the APS.

Keywords: Physical Therapy, Public Health, Private Sector , Primary Health Care , Ambulatory Care Hospital Care

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, sendo estruturado sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade e organizado de forma regionalizada e hierarquizada em três níveis de complexidade: atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade^{1,2}.

A atenção básica ou atenção primária à saúde (APS) representa a porta de entrada preferencial do sistema, utilizando-se de tecnologias de baixa densidade para resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território³. Na medida em que a resolução dos problemas demande disponibilidade de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos de maior densidade, a APS é complementada pelos demais níveis, por meio de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, desenvolvidos em ambiente ambulatorial ou hospitalar, visando o atendimento integral à saúde da população². A APS constitui-se, assim, como o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde, representando o foco principal e o eixo orientador das demais ações^{3,4}.

A prática deste modelo, no entanto, encontra-se em estruturação, existindo insuficiente integração entre serviços e predominância de ações nos níveis especializados, comprometendo a qualidade e a efetividade da rede assistencial, com aumento de custos e desigualdades no acesso⁵.

A fisioterapia tem sido caracterizada como uma das profissões com ênfase nas ações especializadas^{6,7}. Originada no período das grandes guerras, de alto índice de lesões ocupacionais e de elevada incidência de indivíduos com sequelas de poliomielite, o campo profissional é orientado para atividades reabilitadoras. Estes aspectos, reforçados pela formação voltada a atendimentos individuais e a ações ambulatoriais e hospitalares, têm, historicamente, situado a fisioterapia na média e alta complexidades, permanecendo durante longo tempo com limitada atuação na APS^{8,9}.

Desta forma, apesar da expansão do número de fisioterapeutas, é possível que sua concentração se dê em setores especializados, dificultando o acesso por parte da população. Torna-se importante a investigação da distribuição entre os níveis de complexidade como uma prática constante, orientando intervenções que aperfeiçoem a estruturação do sistema e fortaleçam a priorização de ações na APS.

A investigação proposta deve considerar, porém, o caráter híbrido do sistema de saúde, em que ações públicas vinculadas ao SUS coexistem com ações privadas¹. A formação plural do sistema, embora constitua uma realidade observada em diversos países, na maioria dos sistemas universais e de seguros sociais a parcela da população coberta pelo setor privado é bastante restrita (menos de 10%)¹⁰. No Brasil, diferentemente, há uma importante participação do setor privado, que concentra 50% dos postos de trabalho de nível superior da área da saúde, segundo dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada em 2009¹¹. Entre as ações especializadas, a participação do setor privado é mais significativa, atingindo 90,9% dos estabelecimentos que realizam Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico (SADT)¹¹.

Considerando que apenas uma parcela da população apresenta condições financeiras que permitam a utilização de serviços privados, esta concentração promove iniquidade no acesso a determinados profissionais e procedimentos. O acesso torna-se mais restrito ao se considerar que a distribuição geográfica de serviços privados segue a lógica econômica, estando alheia às necessidades de saúde das populações.

Assim, embora seja estabelecido na Constituição Federal de 1988 o direito da participação privada na complementação das ações em saúde¹, é importante garantir ações públicas destinadas a toda população.

A investigação da distribuição dos postos de trabalho deve, portanto, incluir dados de ambos os setores, público e privado, permitindo a formulação de políticas adequadas a cada setor, diminuindo as barreiras de acesso e promovendo o fortalecimento dos princípios do SUS.

Pesquisas sobre a distribuição dos postos de trabalho, no entanto, envolvem com maior frequência os profissionais de medicina e enfermagem pelas características da centralidade dessas profissões¹¹. Estudos sobre a fisioterapia são escassos e abordam municípios específicos, não existindo um estudo amplo que investigue a situação da profissão no país. O presente estudo teve como objetivo investigar a distribuição dos fisioterapeutas nos níveis de complexidade de atenção à saúde e entre os estabelecimentos públicos e privados, de acordo com dados Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal descritivo, a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), principal sistema de informações de abrangência nacional sobre estabelecimentos de saúde e instituído pelo Ministério da Saúde na Portaria MS/SAS Nº 376, de 03 de outubro de 2000¹².

A obrigatoriedade de registro no cadastro é estendida a todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, no entanto, parte dos estabelecimentos existentes ainda se encontra sem registro, não existindo uma estimativa sobre a parcela não coberta.

Dentre os estabelecimentos públicos e privados conveniados ao SUS, o registro no CNES é estabelecido como pré-requisito para pagamento da produção, sendo o número destes estabelecimentos provavelmente próximo ao número efetivamente existente.¹³

Da mesma forma, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estipula o cadastro no CNES como exigência obrigatória na contratualização entre prestadores de serviço e operadoras de planos privados de saúde, sendo possível que o total de estabelecimentos que prestam serviços na saúde suplementar atualmente registrados no CNES também esteja próximo ao real^{13,14,15}.

Estima-se, assim, que os estabelecimentos privados não conveniados ao SUS e não vinculados à saúde suplementar se constituam como os tipos de estabelecimentos que apresentam a maior divergência entre número de cadastrados no CNES e o número de serviços existentes.¹³

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos sob o Protocolo 386/2009.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no banco de dados do CNES, em Brasília-DF, em março de 2010, referentes à atualização de fevereiro de 2010. A busca incluiu informações dos 5.565 municípios da federação, envolvendo estabelecimentos com pelo menos um fisioterapeuta cadastrado.

As informações obtidas para cada estabelecimento foram: tipo de estabelecimento; número de fisioterapeutas; esfera administrativa (pública ou privada); região, unidade federativa e município de localização. Profissionais que atuam em mais de um estabelecimento geram um cadastro para cada local de atuação, podendo, desta forma, existir

mais de um cadastro para o mesmo profissional. As análises deste estudo consideraram o número total de cadastros.

Posteriormente, os tipos de estabelecimentos foram classificados segundo a complexidade de atenção em:

- a) Atenção Primária à Saúde (APS): posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, centro de apoio à saúde da família, unidade móvel fluvial;
- b) Atenção Ambulatorial Especializada: clínica especializada/ambulatório de especialidades, policlínica, consultório isolado, cooperativa, centro de atenção psicossocial e unidade de apoio, diagnose e terapia (SADT) e;
- c) Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência: hospital geral, hospital especializado, hospital/dia, centro de parto normal, pronto socorro geral, pronto socorro especializado, unidade móvel de nível pré-hospitalar e centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica;
- d) Unidade Mista, nas quais são desenvolvidos tanto serviços de APS como da atenção especializada (internação e urgências); e
- e) Outros: central de regulação de serviços de saúde, secretaria de saúde, unidade de vigilância em saúde, unidade móvel terrestre, centro de atenção à saúde indígena.

Também foi incluído o número de habitantes dos municípios, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, utilizando a seguinte classificação do porte populacional dos municípios¹⁶:

- a) Pequeno Porte: população até 20.000 habitantes
- b) Médio Porte: entre 20.001 e 100.000 habitantes
- c) Grande Porte: entre 100.001 e 500.000 habitantes
- d) Metrôpoles: acima de 500.000 habitantes

A razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes foi calculada segundo a equação:

$$\text{Razão Fisioterapeutas por 1.000 habitantes} = \frac{\text{total de cadastros de fisioterapeutas} * 1.000}{\text{número de habitantes municípios com fisioterapeutas}}$$

Análise dos dados

Os dados foram analisados por técnicas estatísticas descritivas sendo considerados: unidade federativa, região, tipo de estabelecimento, nível de complexidade, esfera administrativa, porte populacional dos municípios e razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes.

RESULTADOS

Distribuição dos fisioterapeutas segundo os níveis de complexidade

Foram identificados no CNES 53.181 cadastros de fisioterapeutas, distribuídos em 22.238 estabelecimentos. Os principais tipos de estabelecimentos foram Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidades (17.399 cadastros=32%) e Hospital Geral (12.329 cadastros=23%), sendo a soma destes cadastros superior a todos os demais (Tabela 1).

Quando considerada a classificação segundo a complexidade da atenção, 13% dos registros estiveram vinculados a APS, 29% a Hospitalar/UE e 57% a Atenção Ambulatorial Especializada, sendo esse número (30.155) superior aos demais cadastros (23.026) (Tabela 1). A soma dos registros de fisioterapeutas na Atenção Ambulatorial Especializada e na atenção Hospitalar/UE mostra que cerca de 90% dos postos de trabalho concentram-se em serviços especializados.

Esta concentração traduz-se na razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes (APS=0,05, Ambulatorial Especializada=0,20 e Hospitalar/UE=0,11) indicando maior oferta na Atenção Ambulatorial Especializada. A menor razão de profissionais/habitante ocorreu no Norte para os três níveis (Tabela 2).

A análise das regiões separadamente indica a predominância de cadastros na Atenção Ambulatorial Especializada em todos os locais. O Sul apresentou o maior contraste entre a proporção da Atenção Ambulatorial Especializada (71%) e os demais níveis (APS 12% e Hospitalar/UE 17%). A APS apresentou a menor porcentagem de cadastros em todas as regiões (de 11 a 15%) - Tabela 1.

Tabela 1 - Cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos públicos e privados segundo o tipo de estabelecimento e nível de complexidade de atenção nas regiões do Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010.

TIPOS DE ESTABELECEMENTOS	NORTE			NORDESTE			CENTRO-OESTE			SUDESTE			SUL			BRASIL		
	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	262	08	270	1.649	08	1.657	404	13	417	3.354	46	3.400	1.140	33	1.173	6.809	108	6.917
	(21%)	(01%)	(13%)	(30%)	(<1%)	(15%)	(26%)	(<1%)	(11%)	(32%)	(<1%)	(13%)	(51%)	(<1%)	(12%)	(32%)	(<1%)	(13%)
UBS ¹ /Posto ² /Centro de saúde	250	08	258	1.414	08	1.422	390	13	403	3.319	46	3.365	1.134	33	1.167	6.507	108	6.615
Centro apoio saúde da família	12	-	12	235	-	235	14	-	14	35	-	35	06	-	06	302	-	302
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	351	663	1.014	1.317	4.127	5.444	561	1.602	2.163	3.339	11.479	14.818	642	6.074	6.716	6.210	23.945	30.155
	(28%)	(78%)	(48%)	(24%)	(74%)	(49%)	(36%)	(75%)	(59%)	(32%)	(71%)	(56%)	(29%)	(84%)	(71%)	(30%)	(75%)	(57%)
Clínica esp./ Ambulatório esp ³ .	153	485	638	817	2.656	3.473	460	825	1.285	1.853	6.659	8.512	367	3.124	3.491	3.650	13.749	17.399
Consultório Isolado	02	84	86	17	578	595	04	476	480	56	2.710	2.766	31	1.186	1.217	110	5.034	5.144
Centro apoio terapia diagnose	45	60	105	111	338	449	27	143	170	343	1.317	1.660	89	1.367	1.456	615	3.225	3.840
Policlínica	104	33	137	287	555	842	60	148	208	1.016	792	1.808	125	391	516	1.592	1.919	3.511
Centro apoio psicossocial	47	01	48	85	-	85	10	10	20	71	01	72	30	06	36	243	18	261
ATENÇÃO HOSPITALAR/ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	576	182	758	2.341	1.434	3.775	580	530	1.110	3.716	4.573	8.289	460	1.161	1.621	7.673	7.880	15.553
	(45%)	(21%)	(36%)	(42%)	(26%)	(34%)	(37%)	(25%)	(30%)	(35%)	(29%)	(31%)	(20%)	(16%)	(17%)	(36%)	(25%)	(29%)
Hospital Geral	411	147	558	1.755	1.036	2.791	514	325	839	2.863	3.864	6.727	364	1.050	1.414	5.907	6.422	12.329
Hospital Especializado	112	33	145	479	291	770	10	178	188	566	608	1.174	57	96	153	1.224	1.206	2.430
Pronto Socorro Geral	13	-	13	80	04	84	49	09	58	245	27	272	30	-	30	417	40	457
Pronto Socorro Especializado	32	-	32	12	65	77	02	-	02	35	11	46	-	07	07	81	83	164
Hospital Dia	06	02	08	10	30	40	03	04	07	04	53	57	09	08	17	32	97	129
Unidade Móvel Urgên. Emerg ⁴	-	-	-	-	08	08	-	14	14	-	09	09	-	-	-	-	31	31
Centro Atenção Hemoterapia	02	-	02	05	-	05	02	-	02	03	-	03	-	-	-	12	-	12
Centro de Parto Normal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	01	01
UNIDADE MISTA	70	-	70	240	26	266	17	-	17	102	09	111	07	02	09	436	37	473
	(06%)		(03%)	(04%)	(<1%)	(02%)	(01%)		(<1%)	(1%)	(<1%)	(<1%)	(<1%)	-	(<1%)	(02%)	(<1%)	(1%)
OUTROS ⁵	10	-	10	20	04	24	06	-	06	34	04	38	05	-	05	75	08	83
Unidade de Vigilância	01	-	01	14	-	14	-	-	-	14	-	14	03	-	03	32	-	32
Secretaria Municipal de Saúde	05	-	05	03	-	03	02	-	02	11	-	11	02	-	02	23	-	23
Unidade Móvel Terrestre	-	-	-	-	04	04	01	-	01	06	04	10	-	-	-	07	08	15
Central de Regulação	-	-	-	02	-	02	03	-	03	03	-	03	-	-	-	08	-	08
Centro de Saúde Indígena	04	-	04	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05	-	05
TOTAL	1.269	853	2.122	5.567	5.599	11.166	1.568	2.145	3.713	10.545	16.111	26.656	2.254	7.270	9.524	21.203	31.978	53.181

PUB=Estabelecimentos Públicos, PRIV= Privados, TOT=Total, ¹ Unidade Básica, ³Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidades, ⁴Unidade móvel de urgência e emergência, ⁵ Percentuais em Outros <1%.

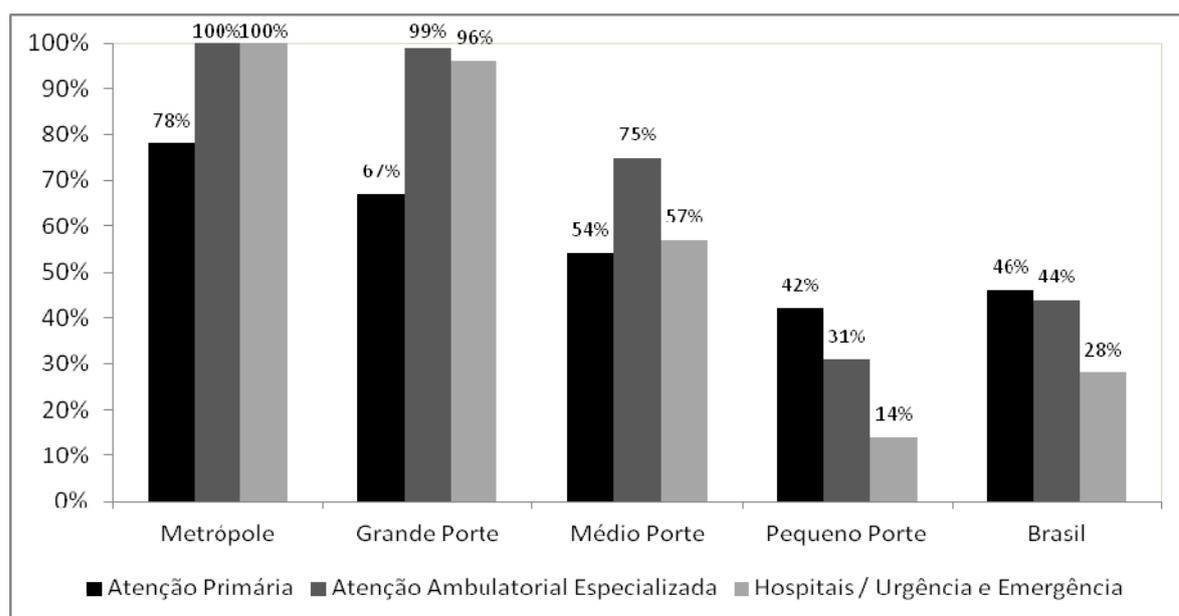
Tabela 2 - Razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes de acordo com níveis de complexidade de atenção à saúde nas cinco regiões do Brasil, 2010.

Regiões	Razão fisioterapeutas/1000 habitantes		
	Atenção Primária	Atenção Ambulatorial Especializada	Atenção Hospitalar/UE
Norte	0,03	0,11	0,07
Nordeste	0,05	0,15	0,12
Centro-Oeste	0,04	0,19	0,11
Sudeste	0,06	0,20	0,12
Sul	0,07	0,27	0,08
Brasil	0,05	0,20	0,11

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro 2010, Censo demográfico, 2010.

O maior número de cadastros em estabelecimentos especializados não se reflete, porém, em um maior número de municípios com fisioterapeutas nestes níveis de atenção, existindo tendência à concentração em municípios de maior porte. A APS, que representou somente 13% dos cadastros, encontra-se distribuída em um maior número de municípios (46% dos municípios existentes) - Figura 1.

Figura 1 - Proporção de municípios com fisioterapeutas nos diferentes portes populacionais de acordo com a complexidade dos estabelecimentos, 2010.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010.

Distribuição de fisioterapeutas entre os estabelecimentos públicos e privados

Aproximadamente 60% dos cadastros são vinculados a estabelecimentos privados (Tabela 3), sendo a participação do setor privado maior no Sul, Sudeste e Centro-Oeste. A região Norte foi a única a apresentar participação no setor público superior à participação no privado.

Entre as Unidades Federativas (UF), o número de cadastros em locais privados foi o triplo do total de cadastros do setor público em todas as UF's do Sul. Distrito Federal e São Paulo apresentaram o dobro de cadastros em estabelecimentos privados. No Norte e Nordeste, diferentemente, cadastros em estabelecimentos públicos foram iguais ou superiores aos privados na maioria dos estados, sendo Roraima, Amapá e Paraíba os estados com maior porcentagem de fisioterapeutas no sistema público – Tabela 3.

Com relação ao tipo de estabelecimento, há divergências entre os dois subsistemas, sendo no setor privado maior número de profissionais em Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidades (13.749) e no público em UBS (6.507) e Hospitais Gerais (5.907) Tabela 1.

A investigação por complexidade (Tabela 1) ressalta a forte concentração de fisioterapeutas do setor privado na Atenção Ambulatorial Especializada, sendo superior a 70% em todas as regiões. No Sul, esta concentração atingiu 84%. A participação privada na APS foi de apenas 0,2%, administradas em sua maioria por entidades filantrópicas.

No setor público, Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram maior número de profissionais na Atenção Hospitalar/UE; no Sudeste os cadastros foram semelhantes entre os três níveis e a priorização da APS foi observada apenas no Sul.

Por fim, a análise da Tabela 01 ressalta a disparidade entre o total de fisioterapeutas no Sudeste em relação às demais regiões, com maior ênfase na atenção ambulatorial especializada do sistema privado de saúde.

Tabela 3 - Número e percentual de cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos públicos e privados de acordo com as Regiões e Unidades Federativas (UF), 2010.

Região / UF	Estabelecimentos Públicos		Estabelecimentos Privados		Total
	n	%	n	%	n
Norte	1.269	59,8	853	40,2	2.122
Acre	83	51,2	79	48,8	162
Amapá	131	72,8	49	27,2	180
Amazonas	226	63,3	131	36,7	357
Pará	382	53,1	337	46,9	719
Rondônia	164	61,4	103	38,6	267
Roraima	100	86,2	16	13,8	116
Tocantins	183	57,0	138	43,0	321
Nordeste	5.567	49,9	5.599	50,1	11.166
Alagoas	311	48,5	331	51,5	642
Bahia	1.355	40,2	2.016	59,8	3.371
Ceará	1.062	49,4	1.087	50,6	2.149
Maranhão	448	59,1	310	40,9	758
Paraíba	754	70,2	320	29,8	1.074
Pernambuco	788	52,8	704	47,2	1.492
Piauí	301	51,2	287	48,8	588
Rio Grande do Norte	404	58,1	291	41,9	695
Sergipe	144	36,3	253	63,7	397
Centro-oeste	1.568	42,2	2.145	57,8	3.713
Distrito Federal	271	31,7	584	68,3	855
Goiás	503	43,6	651	56,4	1.154
Mato Grosso	507	58,6	368	41,4	875
Mato Grosso do Sul	287	34,6	542	65,4	829
Sudeste	10.545	39,6	16.111	60,4	26.656
Espírito Santo	497	41,2	709	58,8	1.206
Minas Gerais	2.829	39,6	4.319	60,4	7.148
Rio de Janeiro	2.575	48,9	2.690	51,1	5.265
São Paulo	4.644	35,6	8.393	64,4	13.037
Sul	2.254	23,7	7.270	76,3	9.524
Paraná	969	22,9	3.263	77,1	4.232
Rio Grande do Sul	748	24,2	2.347	75,8	3.095
Santa Catarina	537	24,4	1.660	75,6	2.197
Brasil (100%)	21.203	39,9	31.978	60,1	53.181

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010.

DISCUSSÃO

Distribuição dos fisioterapeutas segundo os níveis de complexidade

Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidades e Hospital Geral foram os principais locais de atuação de fisioterapeutas em todas as regiões, demonstrando concentração em serviços especializados. Quando considerada a complexidade, a Atenção Ambulatorial Especializada foi responsável por 57%, seguida pela Hospitalar/UE (29%). Fisioterapeutas em estabelecimentos da APS representaram apenas 13%.

Estudos anteriores também verificaram maior número de fisioterapeutas na atenção especializada. Rodrigues (2008)¹⁷ destaca que o atendimento restrito a estes serviços ocasiona demanda reprimida, com longas listas de espera por atendimento. A dificuldade de deslocamento para centros especializados, tanto em função das limitações físicas como econômicas, coloca-se como fator agravante ao acesso¹⁷.

Esta concentração se assemelha à estrutura do sistema de saúde. Em 2011, entre os 236.073 estabelecimentos cadastrados no CNES, apenas 18% eram referentes à rede de APS¹⁸. A ênfase histórica em ações curativas e reabilitadoras, ofertadas por meio de atendimentos individuais em ambulatórios e hospitais, pode ser um dos fatores envolvidos. De forma geral, as bases das primeiras conformações de sistemas foram constituídas sob a visão dicotômica saúde x doença, em que apenas indivíduos doentes necessitariam de atendimentos, concentrando a atuação especializada⁹.

Da mesma forma, a formação, sob o modelo flexneriano de ensino, e o desenvolvimento tecnológico estiveram ao longo de décadas voltados prioritariamente a intervenções para indivíduos acometidos por agravos^{7,19}.

Soma-se a isso o próprio histórico da fisioterapia, que ao estabelecer sua origem na recuperação de indivíduos com sequelas físicas, reforçou a inserção destes profissionais em ambulatórios e hospitais, atuando em fases tardias dos agravos^{8,9}.

Barreto e Rodrigues²⁰ afirmam que a formação, a pesquisa e, conseqüentemente, a prática fisioterapêutica, estiveram direcionadas prioritariamente para clínicas e hospitais, existindo tendência no ensino superior em valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas. Estes fatores atuam influenciando a prática profissional direcionada aos locais de atendimento em níveis de maior complexidade. Este quadro tende a se alterar a médio e longo prazos, uma vez que as

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia²¹ reorientam a formação para uma visão generalista, com capacitação para atuar em todos os níveis de atenção, tanto em âmbito individual como coletivo.

A organização de sistemas focados na média e alta complexidades tende a apresentar gastos superiores, com eficiência e efetividade inferiores às organizações centradas em ações da APS²². Neste contexto, a APS tem sido assumida como prioridade no sistema de saúde.

A centralidade do sistema na APS, no entanto, não significa que todas as profissões devam se distribuir da mesma maneira. A proporção ideal de cada profissão entre os níveis de atenção para que o sistema atinja ênfase na APS, representando de fato o nível coordenador e com garantia de suporte especializado, deverá ser objeto de avaliações constantes.

Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados

No Brasil, o setor privado foi responsável por 60% dos cadastros de fisioterapeutas, mas, nas regiões Sul e Sudeste, caracterizadas como as de maior desenvolvimento econômico, esta concentração foi superior (76,3% Sul e 60,4% Sudeste). Na região Centro-Oeste houve aproximadamente 58% de registros no setor privado e no Nordeste a distribuição foi equitativa entre os dois setores. Apenas no Norte houve maioria de profissionais no setor público (60%).

A concentração no setor privado é verificada em outras profissões. De acordo com resultados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária-AMS¹¹, desde 1999, o setor privado oferta a maioria dos postos de trabalho médico. Esta oferta é majoritária no Sudeste, Sul e Centro-Oeste. No Norte e Nordeste houve maioria em estabelecimentos públicos, provavelmente devido à restrita participação do setor privado em regiões de menor desenvolvimento econômico e a crescente expansão do setor público para áreas de maior vulnerabilidade social.

Diversos autores têm ressaltado a influência das políticas de saúde sobre a concentração de postos de trabalho no setor privado^{10,23}. Inicialmente, a inexistência de um sistema público que ofertasse assistência individual à saúde, determinava a atenção privada como praticamente a única opção para o acesso à assistência individual à saúde no país²⁴.

A partir de 1920, e mais intensamente nos anos 60 e 70, a assistência estatal passa a ser garantida aos trabalhadores formais como benefício previdenciário. Com uma rede escassa de estabelecimentos, o sistema público terceirizou o atendimento por meio da compra de

serviços privados, influenciando a expansão da assistência privada em detrimento da expansão da rede pública²³.

Nos anos 80, com a crise previdenciária, a relação entre as empresas empregadoras e os planos de saúde passa a se dar por convênios diretos, expandindo ainda mais o setor privado²³. Essa expansão dependeu de incentivos governamentais que tinham sido importantes para sua institucionalização e legitimação frente aos usuários e empresas. Políticas governamentais atuaram como incentivo indireto para as empresas manterem planos de saúde, permitindo-se o repasse dos gastos com saúde aos preços dos produtos e a existência de deduções em impostos²³.

No final da década de 80, intensificou-se também a assistência privada entre os segmentos da população de renda mais alta, justificada pela baixa qualidade dos serviços públicos. As deduções referentes aos gastos em saúde no imposto sobre a renda de pessoas físicas também contribuíram para a inserção de planos privados e utilização da medicina liberal²³.

A concentração da fisioterapia no setor privado é, portanto, parcialmente influenciada pela história das políticas de saúde e, diante da oferta restrita de postos de trabalho no setor público, a atuação em clínicas privadas e consultórios particulares se dá, diversas vezes, como a opção de emprego existente.

Entre os níveis de complexidade, verifica-se a superioridade de fisioterapeutas em estabelecimentos especializados em ambos os setores, mostrando uma tendência da profissão. Esta tendência é, no entanto, intensificada no setor privado.

Enquanto no setor público os três níveis de atenção se distribuíram em proporções similares (32% APS, 30% Ambulatorial Especializada e 36% Hospitalar/UE), totalizando 66% dos cadastros em serviços especializados, no setor privado houve alta concentração na Atenção Ambulatorial Especializada (75%), seguida pela Hospitalar/UE (25%), com praticamente 100% dos profissionais em serviços especializados.

O total de profissionais na Atenção Ambulatorial Especializada do setor privado (23.945) foi superior ao somatório de todos os cadastros do setor público (21.203), existindo forte influência do setor privado sobre a distribuição de fisioterapeutas no país.

A concentração de fisioterapeutas na atenção especializada do setor privado é reportada por Caldas⁶, Barreto e Rodrigues²⁰, Almeida e Guimarães²⁵ e no Censo²⁶ realizado pelo Crefito-3 (Estado de São Paulo), em 2008. Para Barreto e Rodrigues²⁰, as oportunidades

do mercado de trabalho de fisioterapia têm acontecido, sobretudo, nas clínicas particulares, por meio de suas sub-especializações, dirigindo o campo profissional para o nível secundário.

Rodrigues¹⁷, discutindo as consequências de um sistema organizado segundo a lógica de mercado, destaca que a concorrência no setor privado é determinada pela diferenciação do produto, influenciando a incorporação de equipamentos e especialização dos profissionais, com a reprodução da prática curativa e segmentada.

A lógica de mercado dos serviços privados, por meio da lei da oferta e da procura, influencia também a localização geográfica dos estabelecimentos. De acordo com os dados investigados, aproximadamente 73% dos cadastros do setor privado se mostram vinculados a estabelecimentos localizados nas regiões Sul e Sudeste. Segundo Farias²⁷, a distribuição de estabelecimentos privados é, assim, determinada pelo grau de desenvolvimento econômico e pelo percentual de população coberta por planos de saúde, sendo as escolhas de localidades para investimentos pautadas, portanto, por critérios econômicos e alheios aos critérios de necessidades de saúde e justiça social.

Dessa forma, o SUS ainda não foi capaz de superar a assistência segmentada, não se consolidando, neste particular, como uma proposta efetivamente universalista e igualitária.

A expansão da municipalização das ações, a ampliação da Estratégia Saúde da Família e as novas políticas governamentais de indução à formação de profissionais voltados ao sistema público e às necessidades da população, provavelmente gerarão impactos sobre o quadro observado. Na região Sul, única região com superioridade de cadastros do setor público na APS, a proporção de fisioterapeuta no primeiro nível de atenção atinge 50%, mostrando uma realidade em transformação. A promoção de estudos que acompanhem a expansão da fisioterapia buscando maior equidade e integralidade torna-se fundamental.

Por fim, cabe uma observação a respeito da diferença entre o total de cadastros no CNES (53.181) e o número de profissionais registrados no Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)²⁸ que, em novembro de 2011, totalizou 154.563 fisioterapeutas. A disparidade se deve, em parte, ao crescimento do número de fisioterapeutas entre a data de coleta dos dados e dos dados do COFFITO. Deve-se considerar, ainda, o fato de o CNES conter somente informações referentes aos profissionais vinculados a estabelecimentos de saúde, que de acordo com Censos realizados anteriormente pelo Crefito-3²⁶ e Crefito-12²⁹, representam menos da metade dos profissionais inscritos. Assim, fisioterapeutas que se encontram em situação de desemprego, que não estejam atuando na

área ou que não apresentam vínculo com estabelecimentos de saúde, embora sejam contabilizados entre os profissionais inscritos no Conselho, não se encontram registrados no CNES.

Há ainda que se destacar a prática parcial de formalização dos cadastros no CNES. Embora exista determinação legal sobre a obrigatoriedade de cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde, verificam-se locais sem o respectivo registro. Acredita-se que esta defasagem de cobertura se dê principalmente em estabelecimentos privados.

Dessa forma, o presente estudo trabalhou com dados de uma parcela dos profissionais existentes, sendo possível que as proporções observadas sejam parcialmente divergentes das reais proporções. Ainda assim, o CNES representa atualmente o banco de dados com maior número de informações sobre estabelecimentos de saúde do país, caracterizando-se como importante fonte de estudos e pesquisas e na gestão em saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou estabelecimentos da atenção especializada como os principais locais de atuação de fisioterapeutas, sendo restrita a participação na APS. A concentração em serviços especializados se deu majoritariamente em municípios de maior porte populacional e no setor privado, o que tende a restringir o acesso a este profissional.

Estudos que investiguem ações de fisioterapia na APS, direcionando a adequação da oferta de ações deste profissional para toda a população de maneira integral, tornam-se fundamentais no contexto identificado.

AGRADECIMENTOS: Os autores agradecem o Departamento de Atenção Básica e a coordenação do CNES-Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
2. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS [internet]. Brasília:CONASS, 2011. 223 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%204.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde [internet]. Brasília:CONASS, 2011. 197 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%203.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
5. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 627-663.
6. Caldas MAJ. O Processo de profissionalização do fisioterapeuta; um olhar em Juiz de Fora. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
7. Copetti SMB. Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais. Revista in pauta. 2000; 4: 12-23 Disponível em: <<http://www.fadep.br/arquivos/revistainpauta/volume4/Solange.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
8. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(3): 941-954. doi: 10.1590/S1413-81232008000300016.
9. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole; 1999.
10. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 107-140.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Análise de alguns indicadores da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/comentarios.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS 376 de 03 de outubro de 2000.

13. Freitas JELCS. A necessidade de integração entre os sistemas de informação em saúde. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/medicina-artigos/a-necessidade-de-integracao-entre-os-sistemas-de-informacao-em-saude-543955.html>>. Acesso em: 30 janeiro 2012.
14. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 85, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004. Disponível em: <<http://www.brasilmetodo.com.br/BrasilMetodo/arquivos/Produtos/Planos%20de%20Saude/RN%2085%20DE%202004%20ANS.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
15. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Instrução normativa – IN nº 11 de 7 de junho de 2005 da diretoria de normas e habilitação dos produtos. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=957>. Acesso em: 10 julho 2011.
16. Fundação CEPERJ-Centro de Estatísticas Estudo e Pesquisa. Estudo sobre a presença do Estado nos Municípios de pequeno porte até 20.000 habitantes, de médio porte de 20.000 a 100.000 habitantes e grande porte de 100.000 ou mais classificados por regiões do Estado. Disponível em: <http://www.fesp.rj.gov.br/ceep/projeto_atividades/presenca.html>. Acesso em: 15 janeiro 2012.
17. Rodrigues RM. A Fisioterapia no Contexto da Política de Saúde no Brasil: Aproximações e Desafios. Rev. Perspectivas On-line. 2008; 2(8): 104-109.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencbr.def>>. Acesso em: 10 julho 2011.
19. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. História, Ciências, Saúde. 2009; 16(3):655-668.
20. Barreto HS, Rodrigues RM. Aproximações sobre a estrutura do mercado privado de fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes. Rev. Perspectivas On-line. 2010; 4(13): 145-157.
21. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer no CNE/CES 1.210/2001, de 7 de dezembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União. Brasília, 10 dez 2001, Seção 1, p. 22.
22. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
23. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
24. Escorel S, Teixeira LA. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 333-384.

25. Almeida ALJ, Guimarães RB. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. *Fisioter Pesq.* [periódico na Internet]. 2009; 16(1): 82-88. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000100015&lng=pt>. Acesso em: 3 fevereiro 2012.
26. Malerbi FEK, Castro Y. Análise dos dados obtidos no I Censo dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo - CREFITO-3. 2008. Disponível em: <http://fisiopatia.files.wordpress.com/2011/03/censo_fisio-e-t-o.pdf>. Acesso em: 30 janeiro 2012.
27. Farias LO. Estabelecimentos de saúde privados no Brasil: questões acerca da distribuição geográfica e do financiamento da demanda. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_07_LOtavioFarias_EstabelecimentosSaude.pdf>. Acesso em: 10 julho 2011.
28. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional COFFITO. Perguntas mais frequentes: quantitativo de profissionais. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/faqs/faq.asp>>. Acesso em: 10 julho 2011.
29. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 12ª Região (Crefito-12). Saber mais para valorizar melhor. *Revista Crefito 12. Ano I I - Nº 3 - Ano 2010.* Disponível em: <http://issuu.com/gutocavalleiro/docs/revista_crefito_censo-atual>. Acesso em: 30 janeiro 2012.

Artigo 3 - A inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: uma análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES/2010

Physiotherapists in primary care: National Register of Health Service Providers (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES) 2010

Larissa Riani Costa¹, Jorge Oishi², Patrícia Driusso³

¹Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. Universidade Federal do Amazonas. Manaus/AM. Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/SP. Brasil.

³Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/SP. Brasil.

Larissa Riani Costa. Endereço correspondência: Av. Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Setor Sul, Coroado I. Manaus-AM. CEP: 69077-000. Brasil. larissariani@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO: descrever a distribuição dos fisioterapeutas em estabelecimentos da APS, a relação de número de habitantes por fisioterapeuta na APS e a proporção de municípios que apresentam este profissional no primeiro nível de atenção à saúde nas diferentes regiões, unidades federativas e porte populacional dos municípios. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal descritivo, a partir de dados de fevereiro de 2010 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), analisando informações dos estabelecimentos que apresentavam pelo menos um fisioterapeuta cadastrado. **RESULTADOS:** Foram identificados 6.917 cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos da APS, com predomínio da região Sudeste (49,1%). Sudeste e Sul foram as regiões com as melhores relações do número de habitantes por fisioterapeuta na APS (aproximadamente 23.000), enquanto na região Norte foram observados 32.000 habitantes/profissional. Ao investigar as Unidades Federativas, a Paraíba apresentou a melhor relação habitantes/fisioterapeuta na APS (14.600) e o Distrito Federal a pior relação (366.137). Dos 5.565 municípios existentes no Brasil, 46,7% possuem fisioterapeuta em estabelecimentos da APS. No Sudeste, 62,3% dos municípios possuem este profissional na APS e no Norte 30,9%. A análise por porte populacional dos municípios indicou maior percentual em municípios de pequeno porte (39,49%) seguidos de médio porte (34,59%), grande porte (15,61%) e metrópoles (10,31%). A melhor relação habitantes/fisioterapeuta ocorreu nos municípios de pequeno porte do Sudeste (6.948) e a pior em metrópoles do Centro-Oeste (371.672). Municípios de pequeno porte tendem a apresentar fisioterapeutas apenas na APS (40,5%) enquanto para os demais portes houve maioria de municípios com fisioterapeutas em todos os níveis de atenção. **CONCLUSÃO:** Sudeste e Sul foram as regiões com a melhor oferta de fisioterapeutas na APS, destacando-se, porém, Unidades Federativas de outras regiões como Paraíba (NE) e Mato Grosso do Sul (CO). Municípios de pequeno porte foram os principais locais de inserção de fisioterapeutas na APS, em sua maioria sem o suporte da atenção especializada. Diante da elevada demanda por atendimento terapêutico, do baixo número de profissionais na APS e sem o adequado suporte dos níveis especializados, há o risco de reprodução da terapia individualizada no âmbito da APS, sendo importante o desenvolvimento de intervenções para todos os níveis complexidade possibilitando maior participação em ações de educação, promoção da saúde e prevenção de enfermidades.

Palavras-chave: fisioterapia, atenção primária à saúde, saúde pública

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the distribution of physiotherapists in Primary Health Care (PHC) establishments, the ratio inhabitants/ physiotherapists in the PHC and the proportion of cities with this professional at the first level of health care between the regions, the federal units and population size of cities. **METHODS:** A descriptive transversal study was performed considering CNES-national bank data, February 2010, and demographic census 2010 data. Data were analyzed through descriptive statistics techniques. **RESULTS:** The study identified 6917 registries of physiotherapists in Primary Care, predominantly in the Southeast (49.1%). Southeast and South regions were the best relations with the number of inhabitants per physiotherapist in APS (approximately 23,000), while in the northern region were observed 32 000 inhabitants / professional. Paraíba presented the best value for inhabitants/physiotherapists in APS (14,600) and the Distrito Federal the worst relationship (366,137). Of the 5,565 cities in Brazil, 46.7% have physiotherapists in Primary Care. In the Southeast, 62.3% of the cities have this professional in Primary Care and 30.9% in the North. Analysis by population size indicated a greater percentage of municipalities in small towns (39.49%) followed by medium cities, (34.59%), big cities (15.61%) and metropolises (10.31%). The best value inhabitants / physiotherapist occurred in small towns in the Southeast (6948) and the worst cities in the Central-West (371,672). Small cities tend to have physiotherapists only in Primary Care (40.5%) while for the other sizes was most cities with physiotherapists at all levels of care. **CONCLUSION:** South and Southeast were the regions with the best offer of physiotherapists in APS. Small cities were the main sites of insertion of physiotherapists in Primary Care, mostly without the support of specialized care. Given the high demand for therapeutic work, the low number of professionals in the APS and without adequate levels of specialist support, there is the risk of reproduction of individual therapy within the APS. Is important to develop interventions for all levels of complexity, allowing the participation in educational activities, health promotion and disease prevention.

Keywords: Physical Therapy Specialty, Primary Health Care, Public Health

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como o primeiro nível de atenção à saúde, envolvendo um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde¹. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a áreas adscritas e voltadas aos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território¹. Estas características conferem à APS capacidade de resolução em relação à grande parte dos problemas de saúde da população e, se bem estruturada, permite reduzir o fluxo de usuários para os níveis de maior densidade tecnológica, racionalizando o uso dos recursos terapêuticos e possibilitando maior acesso aos cuidados².

Conforme Rezende² (2009) objetiva-se viabilizar, a partir do primeiro nível do cuidado, a integração da atenção à saúde, possibilitando uma assistência contínua, de qualidade, com menor custo e em lugar e tempo certos, com alta capacidade de influir nas condições de saúde da população³. Neste contexto, ao longo da história do sistema de saúde brasileiro, a APS adquire crescente espaço e desde a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, o Ministério da Saúde, juntamente com as demais esferas de gestão, vêm ampliando e qualificando a oferta de ações na APS⁴.

Em 1994, este processo ganha importante incentivo ao estabelecer o Programa de Saúde da Família (PSF) como a estratégia de reorientação da APS⁴. Nos anos posteriores, os Ministérios da Saúde e da Educação iniciam diferentes ações voltadas à qualificação profissional como a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o PSF⁵ (1997); a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu* nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em Saúde da Família⁶ com crescente expansão desde 2000; a edição das novas Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde⁷ (2001); e a elaboração do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-Pró-Saúde⁸ (2005), com o intuito de diminuir a ênfase nas especializações, formando um profissional generalista e direcionado à APS.

A experiência acumulada nesta primeira década do programa motivou a inclusão da APS no conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde no Pacto pela Saúde no início de 2006⁹ e no mesmo ano foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica¹ (PNAB), que promoveu a revisão e a adequação das normas publicadas neste

primeiro período. Desde sua publicação, houve constante expansão da implantação do PSF, atingindo atualmente aproximadamente 32.000 equipes distribuídas em 95% dos municípios brasileiros com cobertura de 53,1% da população total do país¹⁰.

A expansão da APS, no entanto, tem envolvido prioritariamente as categorias profissionais inseridas na equipe mínima da ESF¹ (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e na equipe de saúde bucal¹ (cirurgião dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário). O número de equipes que incluem outros profissionais é restrito, ocorrendo conforme dinâmicas locais.

Neste contexto, buscando ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade, é criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família -NASF¹¹, inserindo-se demais categorias profissionais na estratégia por meio de apoio matricial. Intensifica-se assim a necessidade de que as demais profissões participem efetivamente do debate que envolve as ações da APS, aproximando sua atuação das necessidades da população brasileira e da operacionalização SUS.

Entre as profissões da área da saúde, a fisioterapia tem se apresentado como uma das profissões com maiores desafios para sua inserção na APS. Originada mundialmente no final do século XIX, a fisioterapia dirige seu o campo profissional para atividades recuperadoras, reabilitadoras ou atenuadoras no tratamento de pessoas com alterações físico-funcionais, atuando em fases tardias dos agravos à saúde¹².

No Brasil, a profissão se desenvolve no decorrer da primeira metade do século XX¹³, ganhando destaque em um contexto de altos índices de acidentes de trabalho¹² e na necessidade de atenção ao contingente de indivíduos com sequelas da poliomelite¹⁴, enfatizando a atuação reabilitadora que se desenvolvia mundialmente.

Diante da crescente necessidade de um profissional que atuasse nos centros de reabilitação, é fundado em 1951 o primeiro Curso Técnico em Fisioterapia¹³ e em 1964 a formação de fisioterapeutas passa a ser considerada de nível superior, baseada em um currículo voltado quase exclusivamente ao tratamento de pacientes com sequelas físico-funcionais¹³ e sob o modelo flexneriano de ensino¹⁵.

Em 1969 a profissão é regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938 e, a partir deste marco legal até o final da década de 80, são definidas as questões relacionadas ao exercício profissional, sob a influência de uma concepção em que a “pós-doença” e as sequelas físico-funcionais fossem pré-requisitos para a intervenção da fisioterapia¹³. Em 1983 o currículo do

curso de fisioterapia é alterado para quatro anos, porém, a centralidade em ações terapêuticas voltadas a ações ambulatoriais e hospitalares permaneceram, reforçando a tendência de atuação em níveis de atenção especializados durante as décadas seguintes¹³.

Dessa forma, do final da década de 60, quando a profissão é regulamentada, até o final do século XX, enquanto o país passava por significativas transformações sociais e por um redirecionamento do sistema de saúde com base na universalidade e no fortalecimento da APS, a fisioterapia teve como preocupação central a asserção que garantisse a ocupação do seu espaço no cenário da saúde brasileira¹³. Tal preocupação, todavia, fez com que a profissão se enraizasse em um campo específico de trabalho, sinalizado desde a formulação inicial da profissão, permanecendo até os dias atuais com as mesmas regulamentações legais daquela época¹³.

Apesar desta tendência, alguns profissionais iniciaram atividades de fisioterapia na rede básica de saúde, por meio da criação de estágios com alunos do curso de graduação, como foi o caso, por exemplo, da Paraíba, Belo Horizonte, Juiz de Fora e Natal; e pela participação direta nos serviços aproximando gradualmente a profissão as ações de saúde coletiva¹⁶⁻¹⁹.

A partir de 2000 as atividades se expandem com a criação das residências multiprofissionais de saúde da família e em 2001, com a alteração das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Fisioterapia (Parecer CNE/CES 1.210/2001)⁷, a discussão se amplia consideravelmente, sendo proposta uma formação generalista para atuar na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, em todos os níveis de atenção à saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo.

A partir de sua publicação, as novas diretrizes curriculares estimularam diversos encontros, ocorrendo desde 2005 dois grandes Fóruns Nacionais de Políticas Profissionais organizados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) que incluíram as questões de ensino como pauta²⁰; em 2006, mais de 20 oficinas para a implementação das diretrizes curriculares foram realizadas²⁰; em 2007 e 2008 o Fórum Nacional de Ensino da ABENFISIO (Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia) teve como eixo das discussões o tema “Fisioterapia na Atenção Básica”. Entre essas experiências, forma-se um movimento da classe profissional que organizou oficinas sobre fisioterapia e saúde coletiva no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2003), no 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia (2004) e no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2006) e

no ano 2007 realizou-se o I Congresso Nacional de Fisioterapia em Saúde Coletiva (CONAFISC), seguido pelo II CONAFISC no ano de 2010.

A aproximação da fisioterapia às políticas nacionais de saúde é acompanhada pelo crescimento do número de fisioterapeutas na APS. De acordo com informações disponíveis no site Departamento de Informática do SUS²¹ (DATASUS), no ano de 2005 existiam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 3.370 cadastros de fisioterapeutas na APS. Após seis anos o número de cadastros praticamente triplicou, atingindo o total de 8.564 em 2011, se destacando como a principal profissão vinculada aos NASF's - dentre 1.323 profissionais de nível superior cadastrados neste tipo de estabelecimento em 2011, 341 são fisioterapeutas, seguidos por Psicólogos (250) e Nutricionistas (218)²¹.

Assim, se por um lado o percentual de fisioterapeutas que atuam na APS ainda é baixo em comparação com os demais níveis de atenção à saúde (dentre os 48.095 fisioterapeutas registrados no CNES em 2011, apenas 13,2% -6.352- estiveram vinculados a APS)²¹, o acelerado crescimento traz a possibilidade de uma maior equidade na distribuição deste profissional entre APS e os níveis especializados nas próximas décadas.

É importante observar, porém, que a expansão da fisioterapia na APS é relativamente recente e as definições sobre seu papel neste nível de atenção ainda se encontram em construção. Torna-se importante, desta forma, o desenvolvimento de estudos sobre as experiências existentes, investigando de que maneira a inserção da fisioterapia vem ocorrendo. Os estudos existentes, porém, analisam em sua maioria ações específicas de um município ou região, não se conhecendo a inserção deste profissional em âmbito nacional.

Este estudo se estabelece como uma primeira aproximação às experiências existentes, tendo como objetivo descrever a distribuição dos fisioterapeutas em estabelecimentos da APS, a relação de número de habitantes por fisioterapeuta na APS e a proporção de municípios que apresentam este profissional no primeiro nível de atenção à saúde nas diferentes regiões, unidades federativas e porte populacional dos municípios.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal descritivo, a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), instituído pelo Ministério da Saúde na Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000²². A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos sob o Protocolo 386/2009.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no banco de dados do CNES, em Brasília-DF, em março de 2010, referentes à atualização de fevereiro de 2010. A busca incluiu informações dos 5.565 municípios da federação, envolvendo estabelecimentos com pelo menos um fisioterapeuta cadastrado.

As informações obtidas para cada estabelecimento foram: tipo de estabelecimento; número de fisioterapeutas; região, unidade federativa e município de localização. Profissionais que atuam em mais de um estabelecimento geram um cadastro para cada local de atuação, podendo, desta forma, existir mais de um cadastro para o mesmo profissional. As análises deste estudo consideraram o número total de cadastros.

Para a identificação dos estabelecimentos pertencentes a rede da APS, os tipos de estabelecimentos foram classificados segundo a complexidade de atenção em:

- a) Atenção Primária à Saúde (APS): posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, centro de apoio à saúde da família, unidade móvel fluvial;
- b) Atenção Ambulatorial Especializada: clínica especializada/ambulatório de especialidades, policlínica, consultório isolado, cooperativa, centro de atenção psicossocial e unidade de apoio, diagnose e terapia (SADT) e;
- c) Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência: hospital geral, hospital especializado, hospital/dia, centro de parto normal, pronto socorro geral, pronto socorro especializado, unidade móvel de nível pré-hospitalar;
- d) Unidade Mista, nas quais são desenvolvidos tanto serviços de APS como da atenção especializada (internação e urgências); e
- e) Outros: central de regulação de serviços de saúde, secretaria de saúde, unidade de vigilância em saúde, unidade móvel terrestre, centro de atenção à saúde indígena e centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica.

Também foi incluído o número de habitantes dos municípios, segundo dados do censo demográfico de 2010²³, utilizando como classificação do porte populacional²⁴:

- a) Pequeno Porte: população até 20.000 habitantes
- b) Médio Porte: entre 20.001 e 100.000 habitantes
- c) Grande Porte: entre 100.001 e 500.000 habitantes
- d) Metrôpoles: acima de 500.000 habitantes

A razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes foi calculada segundo a equação:

$$\text{Razão Fisioterapeutas por 1.000 habitantes} = \frac{\text{total de cadastros de fisioterapeutas} * 1000}{\text{número de habitantes}}$$

Análise dos dados

Os dados foram analisados por técnicas estatísticas descritivas.

RESULTADOS

Distribuição dos fisioterapeutas cadastrados em estabelecimentos da atenção primária

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde apresentou o total de 6.917 cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos da APS. A maior proporção foi referente a estabelecimentos da região Sudeste (49,1%), conforme disposto na Tabela 1.

Para as regiões Sudeste e Sul, a concentração de cadastros observada foi superior a representação populacional destas regiões. De acordo com o Censo Demográfico de 2010 (Tabela 1) as regiões Sudeste e Sul foram responsáveis por 42% e 14% da população brasileira, respectivamente, enquanto na distribuição de fisioterapeutas a representação destas regiões foi de 49,1% (Sudeste) e 16,9% (Sul). Norte, Centro-Oeste e Nordeste representaram 3,9%, 6% e 23,9% do total de cadastros, respectivamente, sendo valores inferiores a distribuição populacional destas regiões (Norte, representando 8% da população do Brasil, Centro-Oeste 8% e Nordeste 28%).

Esta distribuição territorial influencia na relação de habitantes por cadastro de fisioterapeuta. As regiões Sul e Sudeste apresentaram as melhores relações de habitantes por fisioterapeuta na APS, sendo aproximadamente 23.000 habitantes para cada cadastro de fisioterapeuta. A região Norte apresentou a pior relação habitantes por fisioterapeuta na APS, sendo observado 58.761 habitantes para cada cadastro (Tabela 1).

Tabela 01 - Distribuição dos cadastros de fisioterapeutas na Atenção Primária à Saúde e relação do número de habitantes por profissional segundo as regiões e unidades federativas, 2010.

Unidades Federativas (UF)	Cadastros de fisioterapia em estabelecimentos da APS								População n	Relação n habitantes por fisioterapeuta na APS	
	Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte		Metrópoles				Total(100%)
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Norte (3,9%)	83	30,7	122	45,2	55	20,4	10	3,7	270	15.865.678 (8%)	58.761 / 1
Acre	07	50,0	02	14,3	05	35,7	-	-	14	732.793	52.342 / 1
Amapá	06	19,3	10	32,3	15	48,4	-	-	31	668.689	21.570 / 1
Amazonas	05	8,1	43	69,3	08	12,9	06	9,7	62	3.480.937	56.144 / 1
Pará	11	19,3	34	59,6	08	14,1	04	7,0	57	7.588.078	133.124 / 1
Rondônia	07	25,0	18	64,3	03	10,7	-	-	28	1.560.501	55.732 / 1
Roraima	08	47,0	01	6,0	08	47,0	-	-	17	451.227	26.542 / 1
Tocantins	39	63,9	14	23,0	08	13,1	-	-	61	1.383.453	22.679 / 1
Nordeste (23,9%)	392	23,7	809	48,8	264	15,9	192	11,6	1.657	53.078.137 (28%)	32.032 / 1
Alagoas	36	36,7	52	53,1	09	9,2	01	1,0	98	3.120.922	31.846 / 1
Bahia	92	25,4	178	49,2	66	18,2	26	7,2	362	14.021.432	38.733 / 1
Ceará	39	10,3	184	48,7	69	18,2	86	22,8	378	8.448.055	22.349 / 1
Maranhão	18	11,1	115	71,0	13	8,0	16	9,9	162	6.569.683	40.553 / 1
Paraíba	83	32,2	86	33,3	52	20,1	37	14,4	258	3.766.834	14.600 / 1
Pernambuco	20	12,6	100	62,9	26	16,3	13	8,2	159	8.796.032	55.320 / 1
Piauí	35	42,2	40	48,2	08	9,6	-	-	83	3.119.015	37.578 / 1
Rio Grande do Norte	64	56,6	29	25,7	07	6,2	13	11,5	113	3.168.027	28.035 / 1
Sergipe	05	11,4	25	56,8	14	31,8	-	-	44	2.068.133	47.003 / 1
Centro-oeste (6,0%)	218	52,3	141	33,8	44	10,5	14	3,4	417	14.050.340 (8%)	33.693 / 1
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	7	100,0	07	2.562.963	366.137 / 1
Goiás	89	42,6	88	42,1	29	13,9	03	1,4	209	6.004.045	28.727 / 1
Mato Grosso	28	62,3	13	28,9	02	4,4	02	4,4	45	3.033.991	67.422 / 1
Mato Grosso do Sul	101	64,7	40	25,6	13	8,4	02	1,3	156	2.449.341	15.700 / 1
Sudeste (49,1%)	1.311	38,6	1.008	29,6	675	19,8	406	12,0	3.400	80.353.724 (42%)	23.633 / 1
Espírito Santo	86	40,6	89	42,0	37	17,4	-	-	212	3.512.672	16.569 / 1
Minas Gerais	658	51,3	376	29,3	166	13,0	82	6,4	1.282	19.595.309	15.284 / 1
Rio de Janeiro	29	5,3	204	37,6	242	44,6	68	12,5	543	15.993.583	29.454 / 1
São Paulo	538	39,5	339	24,9	230	16,9	256	18,7	1.363	41.262.160	30.273 / 1
Sul (16,9%)	638	54,4	285	24,3	137	11,7	113	9,6	1.173	27.384.815 (14%)	23.345 / 1
Paraná	224	46,1	115	23,7	57	11,7	90	18,5	486	10.439.601	21.480 / 1
Rio Grande do Sul	220	55,8	98	24,9	57	14,5	19	4,8	394	10.695.532	27.146 / 1
Santa Catarina	194	66,2	72	24,6	23	7,8	04	1,4	293	6.249.682	21.329 / 1
Brasil (100%)	2.642	38,2	2.365	34,2	1.175	17,0	735	10,6	6.917	190.732.694 (100%)	27.574 / 1

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010 e Censo Demográfico, 2010.

Ao investigar as Unidades Federativas (Tabela 1), a Paraíba apresentou a melhor relação, existindo 14.600 habitantes/fisioterapeuta da APS, seguida por Minas Gerais (15.284/1), Mato Grosso do Sul (15.700/1) e Espírito Santo (16.569/1). Distrito Federal e Pará foram as Unidades Federativas que apresentaram o maior número de habitantes por fisioterapeuta na APS, sendo observada no Distrito Federal relação de 366.137 habitantes/fisioterapeuta da APS e no Pará relação de 133.124/1.

A distribuição dos fisioterapeutas na APS segundo o porte populacional dos municípios (Tabela 1) indicou maior percentual em municípios de pequeno porte (38,2%) seguidos de médio porte (34,2%), grande porte (17,0%) e metrópoles (10,6%). Esta tendência se manteve em praticamente todas as UF's das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Nas regiões Norte e Nordeste houve maior concentração de fisioterapeutas na APS em municípios de médio porte (48,8% Nordeste e 45,2% Norte) e, nestas regiões, apenas as Unidades Federativas do Acre, Tocantins e Rio Grande do Norte apresentaram maioria de cadastros em municípios de pequeno porte (Tabela 1).

O número de habitantes por fisioterapeutas segundo o porte dos municípios reflete esta distribuição. A análise dos dados apresentados na Tabela 2 indica que o baixo número de fisioterapeutas em metrópoles, diante de uma população bastante elevada, resulta em um total de habitantes por fisioterapeuta na APS seis vezes o total verificado em municípios de pequeno porte (aproximadamente 76 mil habitantes por fisioterapeuta em metrópoles x aproximadamente 12 mil habitantes por fisioterapeuta em municípios de pequeno porte). Municípios de grande porte apresentaram 41.334 habitantes/fisioterapeuta na APS e em municípios de médio porte a relação foi de 22.681 habitantes.

Tabela 2 - Relação número de habitantes por fisioterapeuta na atenção primária à saúde (APS) entre as regiões do país, segundo o porte populacional dos municípios, 2010.

Regiões	Número de habitantes por fisioterapeuta na APS			
	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte	Metrópoles
Norte	29.270	50.680	73.793	319.455
Nordeste	30.316	24.859	31.679	66.248
Centro-Oeste	12.739	24.596	59.130	371.672
Sudeste	6.948	15.668	36.901	75.226
Sul	10.162	28.375	63.030	36.979
Brasil	12.370	22.681	41.334	75.970

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010 e Censo Demográfico, 2010.

Na Tabela 2 também pode-se observar que a região Norte apresentou o maior número de habitantes por fisioterapeuta neste nível de atenção em praticamente todos os portes populacionais. Sudeste e Sul apresentam o menor número de habitantes por profissional na maior parte dos portes e os municípios de pequeno porte do Sudeste apresentaram o menor número de habitantes por profissional (6.948 habitantes).

Número e porcentagem de municípios com fisioterapeuta na atenção básica

Do total de 5.565 municípios existentes no Brasil, 46,7% possuem pelo menos um cadastro de fisioterapeuta em estabelecimentos da Atenção Primária (Tabela 3). Quando analisadas as regiões e Unidades Federativas separadamente, é verificada grande variação entre as localidades, sendo no Sudeste a porcentagem de municípios com fisioterapeuta na Atenção Primária (62,3%) o dobro da observada no Norte (30,9%) – Tabela 3.

A Unidade Federativa do Mato Grosso do Sul possui fisioterapeutas na APS em 82% dos municípios, sendo a maior porcentagem observada, seguida pelo Espírito Santo (74,3%). Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Roraima e Minas Gerais possuem este profissional na APS em aproximadamente 60% dos municípios. No Estado do Piauí apenas 15% dos municípios apresentaram fisioterapeuta na APS (Tabela 3).

Quando considerado o porte populacional, as maiores proporções foram observadas em metrópoles: 78,9% das metrópoles do Brasil e 100% das metrópoles do Norte, Centro-Oeste e Sul apresentaram fisioterapeutas na APS. Nordeste (Piauí e Sergipe) e Sudeste (Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo), no entanto, possuem metrópoles sem cadastros de fisioterapeutas neste nível de atenção.

A proporção de municípios brasileiros de grande porte com fisioterapeuta na APS foi 65,7% (Tabela 3), atingindo 100% em onze Unidades Federativas. No Mato Grosso a proporção de municípios de grande porte com fisioterapeuta na APS esteve abaixo de 50% (33,3%).

Dentre os municípios de médio porte, 53% apresentaram fisioterapeutas na APS e municípios de pequeno porte contam fisioterapeutas neste nível de atenção em apenas 43% dos locais. Em ambos os portes as proporções entre as Unidades Federativas variaram consideravelmente, estando entre 16,7% (Acre) e 100% (Amapá)-municípios médio porte e entre 8,7% (Maranhão) e 84,9% (Mato Grosso do Sul)-municípios pequeno porte.

Tabela 3 - Número e proporção de municípios com fisioterapeutas inseridos em estabelecimentos de atenção primária à saúde (APS), 2010.

Unidades Federativas (UF)	Municípios com fisioterapeutas na APS									
	Pequeno		Médio		Grande		Metrópoles		Total	
	n	Pp%	n	Pp%	n	Pp%	n	Pp%	n	Pp%
Norte	67	24,4	58	37,9	12	63,1	02	100,0	139	30,9
Acre	03	20,0	01	16,7	01	100,0	-	-	05	22,7
Amapá	05	41,7	02	100,0	01	50,0	-	-	08	50,0
Amazonas	03	10,3	15	48,4	01	100,0	01	100,0	20	32,2
Pará	08	19,0	26	28,9	05	50,0	01	100,0	40	28,0
Rondônia	05	14,3	08	53,3	02	100,0	-	-	15	28,8
Roraima	07	53,8	01	100,0	01	100,0	-	-	09	60,0
Tocantins	36	27,9	05	62,5	01	50,0	-	-	42	30,2
Nordeste	275	23,0	305	56,4	37	80,4	09	81,8	626	34,9
Alagoas	32	51,6	22	57,9	01	100,0	01	100,0	56	54,9
Bahia	66	26,6	77	50,3	10	71,4	02	100,0	155	37,2
Ceará	22	23,9	60	71,4	07	100,0	01	100,0	90	48,9
Maranhão	11	8,7	41	50,0	06	85,7	01	100,0	59	27,1
Paraíba	60	31,1	24	92,3	03	100,0	01	100,0	88	39,5
Pernambuco	13	15,7	50	55,5	06	60,0	02	100,0	71	38,4
Piauí	20	10,0	13	56,5	01	100,0	-	*	34	15,2
Rio Grande do Norte	46	32,8	10	41,7	02	100,0	01	100,0	59	35,3
Sergipe	05	9,6	08	38,1	01	100,0	-	*	14	40,0
Centro-oeste	130	36,2	48	53,9	10	71,4	04	100,0	192	41,2
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	01	100,0	01	100,0
Goiás	62	31,9	26	60,5	06	75,0	01	100,0	95	38,6
Mato Grosso	23	20,5	07	28,0	01	33,3	01	100,0	32	22,7
Mato Grosso do Sul	45	84,9	15	71,4	03	100,0	01	100,0	64	82,0
Sudeste	733	64,0	220	57,3	76	62,3	11	64,7	1040	62,3
Espírito Santo	29	69,0	22	81,4	07	77,8	-	-	58	74,3
Minas Gerais	400	59,2	88	59,1	20	80,0	03	75,0	511	59,9
Rio de Janeiro	12	44,4	28	71,8	16	72,7	03	75,0	59	64,1
São Paulo	292	72,8	82	48,5	33	50,0	05	55,5	412	63,9
Sul	477	50,7	94	47,0	26	59,1	04	100,0	601	50,6
Paraná	152	48,7	35	50,7	08	50,0	02	100,0	197	49,4
Rio Grande do Sul	176	44,4	37	45,1	10	58,8	01	100,0	224	45,2
Santa Catarina	149	64,2	22	44,9	08	72,7	01	100,0	180	61,4
Brasil	1682	43,0	725	53,0	161	65,7	30	78,9	2598	46,7

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010 e Censo Demográfico, 2010.

Nota: Pp%: Proporção de municípios com fisioterapeutas na Atenção Primária em relação ao total de municípios existentes em cada região e Unidade Federativa

Por fim, na Tabela 4, os municípios são classificados de acordo com os níveis de atenção em que ofertam ações de fisioterapia. A análise dos percentuais permite identificar que a maioria dos municípios brasileiros que possuem fisioterapeutas conta com este profissional apenas em estabelecimentos da APS (27,8% dos municípios com fisioterapeutas), seguido de fisioterapeutas apenas na APS e na atenção ambulatorial especializada/unidade mista (18,9%). A presença deste profissional em todos os níveis de atenção foi verificada em 15,8% dos municípios com fisioterapeutas.

Quando investigados os municípios segundo o porte populacional, verifica-se que municípios de pequeno porte tendem a apresentar fisioterapeutas apenas na APS (40,4%) enquanto para os demais portes houve maioria de municípios com fisioterapeutas em todos os níveis de atenção (Tabela 4). Entre os municípios de pequeno porte que possuem fisioterapeuta na APS (1.818), 60% apresentaram fisioterapeutas exclusivamente neste nível de atenção.

Tabela 4 - Número de municípios com fisioterapeutas segundo a quantidade de níveis de atenção à saúde que apresentam a inserção deste profissional, 2010.

Níveis de atenção com fisioterapeutas cadastrados	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte	Metrópoles	Brasil
Apenas na APS ¹	1.084 (40,4%)	99 (7,8%)	-	-	1.183 (27,8%)
Apenas atenção ambulatorial esp ² .	539 (20,1%)	159 (12,3%)	03 (1,2%)	-	701 (16,5%)
Apenas em hospitais/UE ³	186 (6,9%)	67 (5,2%)	01 (0,4%)	-	254 (6,0%)
APS/atenção ambulatorial esp./mista	516 (19,3%)	278 (21,6%)	09 (3,7%)	-	803 (18,9%)
APS e hospitais/UE	95 (3,5%)	44 (3,4%)	-	-	139 (3,3%)
Ambulatorial esp. e hospitais/UE	136 (5,1%)	277 (21,5%)	78 (31,8%)	06 (15,8%)	497 (11,7%)
APS, secundária, hospitais, mista	123 (4,6%)	363 (28,2%)	154 (62,9%)	32 (84,2%)	672 (15,8%)
Apenas outros	02 (0,1%)	-	-	-	2 (<0,1%)
TOTAL municípios c/ fisioterapeuta	2.681(100%)	1.287 (100%)	245 (100%)	38 (100%)	4.251 (100%)
TOTAL municípios Brasil	3.915	1.367	245	38	5.565

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010 e Censo Demográfico, 2010.

¹ APS= Atenção Primária à Saúde

² esp= especializada

³UE= Urgência e Emergência

DISCUSSÃO

A análise da distribuição dos fisioterapeutas vinculados aos estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde identificou o Sudeste como a região com maior número de profissionais (49,1% dos cadastros de fisioterapeutas da APS). A representação das demais regiões foram 23,9% (Nordeste), 16,9% (Sul), 6% (Centro-Oeste) e 3,9% (Norte).

Os percentuais identificados para cada região se assemelham aos observados em pesquisa anterior realizada pela equipe deste estudo²⁵, que investigou a distribuição de todos os cadastros de fisioterapeutas existentes no CNES, independentemente do tipo de estabelecimento ao qual esteja vinculado, sendo a região Sudeste responsável por 50% dos cadastros de fisioterapeutas, Nordeste 22%, Sul 18%, Centro-Oeste 7% e Norte 3%.

Diversos fatores foram ressaltados como associados à distribuição observada, incluindo a distribuição populacional, a conformação da rede de estabelecimentos do sistema de saúde e a distribuição das Instituições de Ensino Superior, que resultam em maior número de habitantes, maior número de estabelecimentos de saúde e maior número de profissionais formados nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul.

Ambos os estudos identificaram ainda o Sudeste e Sul como as regiões com as melhores razões de número de fisioterapeutas por habitante e como as localidades que apresentaram as maiores proporções de municípios com fisioterapeutas em relação ao total de municípios existentes, provavelmente em decorrência de fatores sócio-econômicos, sendo as regiões de maior desenvolvimento econômico e com os Índices de Desenvolvimento Humano mais elevados do país.

Porém, quando considerado o porte populacional há divergências entre a distribuição encontrada em ambos os estudos. O estudo anterior²⁵, que investigou todos os fisioterapeutas com cadastros no CNES, identificou 64% dos profissionais vinculados aos estabelecimentos das metrópoles e municípios de grande porte (36% e 28%, respectivamente), sendo os principais locais de atuação da fisioterapia no Brasil. Fisioterapeutas de municípios de médio porte representaram 24% do total e nos municípios de pequeno porte se concentram apenas 12% dos profissionais.

Para fisioterapeutas da Atenção Primária à Saúde, porém, a distribuição se apresentou de maneira inversa, sendo a maioria dos cadastros verificada em municípios de pequeno porte (38,2%), seguidos por municípios de médio porte (34,26%), grande porte (17,0%) e metrópoles (10,6%).

Esta distribuição está provavelmente associada à conformação hierárquica e regionalizada do sistema de saúde. Considerando o elevado número de municípios de pequeno ou médio porte (95% do total de municípios existentes), a maioria das cidades brasileiras apresenta escala insuficiente para albergar todos os níveis de atenção em seu território, apresentando apenas estabelecimentos da atenção primária, sendo a oferta dos níveis especializados disposta em micro e macro regiões de saúde²⁶.

A oferta da assistência à saúde considera, portanto, que cada município seja auto-suficiente na APS; cada microrregião seja auto-suficiente na Média Complexidade; e cada macrorregião na Alta Complexidade, integradas por sistemas logísticos e tecnologias de informação que garantam a referência e contra-referência²⁷.

Neste contexto, nos municípios de pequeno porte há alta probabilidade de que apenas estabelecimentos da APS estejam implantados, sendo possível que a inserção da fisioterapia na APS não decorra de uma decisão da gestão sobre a importância deste profissional no primeiro nível de atenção, mas sim como a única alternativa de inserção existente. Conforme o porte populacional aumenta, há a existência de estabelecimentos dos demais níveis de complexidade e a concentração da fisioterapia passa a se dar prioritariamente nos níveis mais especializados.

Os dados da Tabela 4 reforçam esta hipótese ao indicar que dentre os municípios de pequeno porte que possuem fisioterapia na APS (1.818), 60% (1.084) possuem fisioterapeutas apenas em estabelecimentos da APS, sem a participação em outros níveis.

O número de usuários dos sistemas de saúde com alterações funcionais que demandam por ações de reabilitação, porém, tem se tornado crescente, associados em sua grande parte ao processo de envelhecimento populacional, ao aumento de doenças crônico-degenerativas na população e às elevadas taxas de acidente de trânsito e violência. Na ausência de atenção especializada e diante de dificuldades de transporte para centros localizados fora do município, a pressão por atendimento terapêutico recai sobre o profissional da atenção primária, gerando o risco de que fisioterapeutas na APS reproduzam a atenção terapêutica individual ambulatorial e hospitalar com restrita participação em ações de promoção, prevenção e educação em saúde.

Em municípios de grande porte e metrópoles, diferentemente, há inserção de fisioterapeutas em todos os níveis de atenção à saúde na maioria dos municípios. Diversos estudos, no entanto, ressaltam as dificuldades de acesso aos serviços especializados nos

grandes centros urbanos, especialmente pela população rural e de bairros periféricos, que encontram barreiras geográficas, sociais e financeiras para o transporte aos centros especializados. A demanda reprimida por atendimento fisioterapêutico sobre os profissionais da APS torna-se grande e, diante do número restrito de fisioterapeutas atuantes em municípios de grande porte e metrópoles na APS frente ao total de habitantes, é possível que a reprodução de atendimento terapêutico individual também seja observada em parte dos profissionais dos grandes centros.

Assim, de acordo com as características da distribuição observada, o número crescente de fisioterapeutas na APS não está necessariamente vinculado à inserção deste profissional às ações próprias deste nível de atenção, existindo o risco de reprodução dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares no ambiente da APS

Este risco torna-se aumentado ao se considerar o histórico de formação e atuação da fisioterapia que durante anos reforçou o enfoque da profissão no atendimento especializado, existindo grande contingente de profissionais sem a qualificação adequada para atuação na APS.

Os problemas levantados neste estudo sobre a inserção da fisioterapia na APS não são, no entanto, exclusivos do sistema de saúde brasileiro. Diversas organizações internacionais como a Confederação Mundial de Fisioterapia (World Confederation for Physical Therapy WCPT) e associações de fisioterapeutas do Reino Unido, Canadá, Escandinávia, Austrália, Nova Zelândia e Espanha, têm realizado a divulgação entre seus governos sobre o papel da fisioterapia neste nível de atenção, chamando a atenção para a atuação ainda limitada desta profissão na APS²⁸.

Com relação ao sistema de saúde espanhol, Paz²⁸ (2009), investigando a fisioterapia na APS na Espanha, ressalta que a inserção neste nível de atenção se iniciou em 1987 por meio da criação de “unidades de reabilitação” localizadas em estabelecimentos da APS, que surgiram em um primeiro momento para resolver problemas de acessibilidade aos serviços de reabilitação do nível especializado de pacientes com patologias consideradas não complexas, que se encontravam sem tratamento devido a extensas listas de esperas existentes e ao elevado custo de transportes. Soma-se a esta realidade o fato de que a inserção de fisioterapeutas na APS se deu mais de seis anos após o início do desenvolvimento da APS no país, sob a mesma regulação profissional até então direcionada aos fisioterapeutas da atenção especializada e com uma formação voltada ao atendimento hospitalar²⁸.

Diante desses fatores, as primeiras ações de fisioterapeutas na APS na Espanha reproduziram as ações de atenção terciária impróprias deste nível assistencial, sendo a promoção e prevenção colocadas em segundo plano²⁹. Em 1990 é divulgada a legislação referente a fisioterapia na APS e em 1991 surgem os primeiros concursos voltados diretamente para vagas de fisioterapeutas em centros de saúde espanhóis²⁸. Em 2003 a Europa passa por uma unificação dos currículos de formação deste profissional, com a inclusão de aspectos da fisioterapia comunitária e, neste mesmo ano, a WCPT elabora a Declaração de Princípios da APS aprovados na XV Assembléia Geral da WCPT/Europa³⁰.

Com a evolução formativa e de aspectos legislativos, desde o início da inserção da fisioterapia na APS no sistema de saúde espanhol até o momento atual, tem sido verificada significativa evolução no marco da promoção da saúde e prevenção de enfermidades, constituindo o fisioterapeuta não mais como um mero elemento de redução de demandas para os serviços especializados, mas como parte importante na obtenção de um processo atenção integral à saúde²⁸.

Evoluções semelhantes vêm ocorrendo em demais países, acompanhadas pelas adequações formativas e legislativas. A Finlândia é o país em que a figura do fisioterapeuta está melhor regulamentada na APS, existindo a integração deste profissional aos trabalhos em equipe de centros de saúde e apresentando a melhor relação entre número de habitantes e fisioterapeutas na APS da Europa³⁰.

A fisioterapia no Brasil vem, desta forma, expandindo significativamente sua inserção na APS e grande parte dos problemas enfrentados tem sido comuns a maioria dos países. Com as mudanças trazidas pelas novas diretrizes curriculares do curso de graduação em fisioterapia e com a crescente inclusão destes profissionais em projetos nacionais de indução da reorientação das práticas de formação e educação permanente dos profissionais de saúde como Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Residência Multiprofissional em Saúde, Cursos de Especialização, Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde, Programa Nacional de Telessaúde e Cursos Introdutórios para Equipes de Saúde da Família, é possível que em um futuro próximo a adequação da atuação destes profissionais seja uma realidade no país⁴.

Esta busca pela adequação formativa deve ser acompanhada de normativas e regulamentações que estabeleçam o papel deste profissional nas equipes. Uma primeira medida neste sentido tem sido as definições legais sobre a atuação dos profissionais do

Núcleo de Apoio ao Saúde da Família¹¹ e na Política Nacional da Atenção Básica¹, que estabelecem princípios e ações comuns a todos os profissionais da APS. É preciso, porém, avançar nas definições, principalmente ao se considerar que a última resolução relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta data de 1987 (Resolução COFFITO 80/87)¹³, sendo anterior a criação do SUS.

Ressalta-se também a necessidade de aumento do número de fisioterapeutas, ao se considerar que mais da metade dos municípios do Brasil não possuem este profissional na APS. Esta necessidade é particularmente destacada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que possuem aproximadamente 70%, 65% e 60% dos municípios sem a presença de fisioterapeutas neste nível, além de apresentar os maiores números de habitantes por profissional. Em municípios de pequeno porte do Norte e Nordeste, a ausência deste profissional na APS atinge praticamente 75% das cidades.

A ausência de fisioterapeutas nestas regiões não se restringe, porém, a apenas este nível de atenção. No estudo anterior deste grupo de pesquisa que investigou todos os fisioterapeutas existentes no CNES²⁵ também foi identificado elevado percentual de municípios sem cadastros de fisioterapeutas nestas regiões. Esses números refletem que nas regiões mais distantes do eixo Sul-Sudeste, há ainda restrita inserção de fisioterapeutas, principalmente nos municípios de menor porte. A dificuldade de fixação de profissionais nestas localidades é comum a diversas profissões da área da saúde e para fisioterapia esta dificuldade de oferta se mostra de maneira bastante acentuada.

Há algumas unidades federativas do Norte e Nordeste, no entanto, que se destacam como algumas das melhores relações do número de habitantes por fisioterapeuta na APS (Paraíba, Amapá, Ceará e Tocantins). Vale ressaltar que a Paraíba e Ceará se destacam no cenário nacional como indutores das discussões sobre a fisioterapia na APS. O projeto “Fisioterapia na Comunidade” desenvolvido pela Universidade Federal da Paraíba e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em Sobral-CE, representam duas das mais significativas experiências de fisioterapia na APS, produzindo diversas publicações e divulgação das ações desenvolvidas.

O aumento do número de profissionais deve também considerar como prioritários os municípios de elevado porte populacional, que apesar de apresentarem 78,9% de municípios com fisioterapeuta na APS, o quantitativo de profissionais é baixo diante do total de habitantes residentes, resultando nas piores relações habitantes/fisioterapeuta identificadas.

Por fim, o aumento do número de fisioterapeutas deve atingir, além da APS, os níveis de maior complexidade, garantindo suporte especializado e relação profissionais/habitantes que permitam maior participação em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de enfermidades, reuniões de equipe, investigação, diagnóstico de necessidades de saúde da população adscrita, planejamento, avaliação e capacitação, desenvolvendo uma ação integral.

CONCLUSÃO

Foram identificados 6.917 cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde distribuídos em 46,7% dos municípios brasileiros, sendo ainda alta a proporção de locais que não contam com este profissional.

As regiões Sudeste, Nordeste e Sul concentraram o maior número de cadastros, sendo nas regiões Sudeste e Sul observadas as melhores relações de número de habitantes por fisioterapeuta na APS.

As regiões Sudeste e Sul apresentaram também a maior proporção de municípios com fisioterapeutas na APS (62,3% e 50,6%, respectivamente), contrapondo-se a região Norte, na qual apenas 30,9% dos municípios apresentaram cadastros de fisioterapeutas no primeiro nível de atenção.

Ao se considerar o porte populacional, municípios de pequeno porte concentram o maior número de cadastros, sendo em sua maioria verificados cadastros de fisioterapeutas exclusivamente na APS, sem o suporte da média e alta complexidade no respectivo município.

AGRADECIMENTOS: Os autores agradecem o Departamento de Atenção Básica e a coordenação do CNES-Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Rezende M, Moreira MR, Filho AA, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 14(Supl.1): 1403-1410.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%203.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
5. Santos MAM, CUTOLO LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2004; 33 (3): 31-40.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003
7. _____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer no CNE/CES 1.210/2001, de 7 de dezembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União. Brasília, 10 dez 2001, Seção 1, p. 22.
8. _____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p.
10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Números da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acesso em: dez 2008.
11. _____. Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de janeiro de 2008.
12. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole; 1999.

13. Freitas, MS. A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
14. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(3): 941-954. doi: 10.1590/S1413-81232008000300016.
15. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde*. 2009; 16(3):655-668.
16. Gallo DLL. A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2005.
17. Vêras MMS et al. A fisioterapia no Programa de Saúde da Família de Sobral-CE. *Fisioterapia brasil*. 2008; VI(5). Disponível em: <<http://www.atlanticaeditora.com.br/revistas/fisioterapia/detalhe.asp?cdc=177>>. Acesso em: 15 janeiro 2008.
18. Rezende M, Filho AA, Tavares MFL. Avaliação qualitativa em atenção básica à saúde. Resumos ampliados do VI seminário do projeto integralidade [homepage da internet]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/download/Resumos_VIS_lercap20.pdf> Acesso em: 15 janeiro 2008.
19. Trelha CS et al. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina. *Revista Espaço para a Saúde*. Jun 2007; 8(2): 20-25.
20. Rocha et al. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. XVI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia da Abenfisio. Documento. Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia. ABENFISIO. Canela/RS. 07 a 09 de junho, 2007.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Informações em saúde/ redes assistenciais/ profissionais. Tabelas geradas a partir dos dados CNES. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>. Acesso em: 10 janeiro 2012.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS 376 de 03 de outubro de 2000.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados do Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 22 de outubro de 2011.

24. Fundação CEPERJ-Centro de Estatísticas Estudo e Pesquisa. Estudo sobre a presença do Estado nos Municípios de pequeno porte até 20.000 habitantes, de médio porte de 20.000 a 100.000 habitantes e grande porte de 100.000 ou mais classificados por regiões do Estado. Disponível em: <http://www.fesp.rj.gov.br/ceep/projeto_atividades/presenca.html>. Acesso em: 15 janeiro 2012.

25. Costa LR, Oishi J, Driusso P. Distribuição territorial de fisioterapeutas no sistema de saúde brasileiro. Artigo submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva em Abril de 2012.

26. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

27. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

28. Lourido BP. Entre lo ideal y las realidades: la Fisioterapia en la atención primaria domiciliaria [Tese]. Balears: Universitat de les Illes Balears, 2007.

29. Vaquero AIT. Clasificación de actividades Del fisioterapeuta de Atención Primaria. Rev. Fisioterapia-Asociación Española de Fisioterapeutas. 19(1): 97-114, 1997.

30. Arribas MJD. Fisioterapia Comunitaria. [Proyecto Docente]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2007.

Artigo 4: Ações desenvolvidas por fisioterapeutas na Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar

Larissa Riani Costa¹, Jorge Oishi², Patrícia Driusso³

¹Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. Universidade Federal do Amazonas. Manaus/AM. Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/SP. Brasil.

³Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/SP. Brasil.

Larissa Riani Costa. Endereço correspondência: Av. Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Setor Sul, Coroado I. Manaus-AM. CEP: 69077-000. Brasil. larissariani@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO: identificar experiências de fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS) existentes no país, buscando investigar aspectos sobre a formação profissional; atividades desenvolvidas; demandas por intervenção fisioterápica de acordo com as áreas programáticas (saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem e do idoso); e dificuldades enfrentadas na atuação. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal descritivo, por meio de aplicação de questionário *on line* a fisioterapeutas da APS no país. A divulgação para a participação no estudo foi realizada via email para 2.163 estabelecimentos da APS com registros de fisioterapeutas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como por divulgação em rede social na internet. O período de coleta compreendeu os meses de outubro de 2011 a janeiro de 2012. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 34 fisioterapeutas, com idade entre 22 e 47 anos (média $32,5 \pm 6,36$); 69,3% do sexo feminino; 41,2% residentes na região Sudeste, 38,2% no Sul, 17,6% no Nordeste e apenas 2,9% no Norte. *Formação profissional:* 85% dos profissionais concluíram o curso de graduação nos na última década. Menos da metade (44%) referiu contato com a APS durante a graduação. A maioria se formou em instituições privadas (52%). A realização de cursos de pós-graduação foi referida por 88,2% dos profissionais, envolvendo prioritariamente temas vinculados à fisioterapia e apenas parte dos profissionais cursou temas vinculados a saúde coletiva. A participação em cursos de capacitação da APS foi referida por 55,9% dos respondentes, sendo mais frequentes os Cursos de Introdução ao Programa de Saúde da Família (23,5%). *Atuação Profissional:* O tempo de atuação na APS foi inferior a 05 anos em 70,6% dos casos. Atendimento domiciliar foi o tipo de intervenção mais frequente e 12% dos respondentes referiram atuação em praticamente todas as ações listadas no questionário, existindo, experiências de aproximação aos princípios da APS. O planejamento das ações foi informado por 46% dos profissionais e apenas 32% referiram avaliar as ações desenvolvidas. *Demandas por áreas programáticas:* Saúde do Idoso foi citada como uma das áreas de maior demanda por 35% dos fisioterapeutas, seguida pela Saúde da Mulher (20%). As principais demandas foram por ações terapêuticas, porém verificam-se iniciativas de promoção e prevenção, como práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de risco; prevenção de quedas em idosos e atividades com hipertensos e diabéticos. *Dificuldade enfrentadas:* as principais dificuldade citadas foram Demanda espontânea excessiva (38,2%), Número insuficiente de fisioterapeutas por equipe; Espaço físico inadequado ou insuficiente; e Falta de transporte para atendimentos e visitas domiciliares (35,2% cada). Também foi relatado suporte insuficiente das ações de média e alta complexidade, desconhecimento sobre atribuições de profissionais da APS, dificuldades no trabalho em equipe e baixa adesão da população as intervenções.

Palavras-chave: fisioterapia, atenção primária à saúde, saúde pública, saúde da família, questionários

ABSTRACT

OBJECTIVE: The present study aimed to investigate experiences of physiotherapy in Primary Health Care (PHC). **METHODS:** The design was characterized as descriptive cross-sectional study, conducted through a questionnaire online sent to 2163 establishments of PHC with registries of physiotherapists, as well as dissemination of social networking on the Internet. The collection period comprised between October 2011 and January 2012. **RESULTS:** 34 physiotherapists participated in this study, aged between 22 and 47 years (mean 32.5 ± 6.36), 69.3% female, 41.2% living in the Southeast, 38.2% in the South, 17.6% in the Northeast and only 2.9% in the North. Vocational training: 85% of professionals have completed graduate course in the last decade. Less than half (44%) reported contact PHC during graduation. Most graduated from private institutions (52%). The completion of postgraduate courses was reported by 88.2% of professionals, involving issues related to physical therapy and only part of the professional related postgraduate courses in public health. Participation in training courses of the PHC was reported by 55.9% of respondents being more frequent courses Introduction to the Family Health Program (23.5%). **Professional Practice:** The operating time in the PHC was lower to 05 years in 70.6% of cases. Home care was the most frequent type of intervention and 12% of respondents reported experiences of approach to the principles of PHC. The planning was reported by 46% of professionals and only 32% said they evaluate the actions developed. **Demands for program areas:** Aging Health was cited as an area of great demand for 35% of physiotherapists, followed by Women's Health (20%). The main demands were for therapeutic actions, but there are health promotion and prevention initiatives, such as bodily practices, promotion of healthy habits and risk control, prevention of falls in older people and activities with hypertension or diabetes. **Difficulties:** to main difficulties cited were excessive spontaneous demand (38.2%), insufficient number of physiotherapists per team; inadequate or insufficient physical space, and lack of transportation to appointments and home visits (35.2% each). It was also reported insufficient support of the actions of high and medium complexity, lack of knowledge about the professional responsibilities of PHC, difficulties in teamwork and low population adherence interventions.

INTRODUÇÃO

Desde seu surgimento, no final do século XIX, a fisioterapia tem se caracterizado pela atuação nas etapas tardias do processo terapêutico, dirigindo o campo profissional para atividades recuperadoras, reabilitadoras ou atenuadoras do sofrimento¹. No Brasil, a regulamentação da profissão, ocorrida no final da década de 1960, reforçou esta visão definindo o exercício profissional no período “pós-doença”, atuando sobre as sequelas físico-funcionais². Da mesma forma, a formação profissional, que ao longo de décadas se mostrou pautada em um currículo centrado em ações terapêuticas, contribuiu para a inserção destes profissionais primordialmente em estabelecimentos ambulatoriais especializados e hospitalares, promovendo restrita participação da profissão nas ações da atenção primária à saúde (APS) durante extenso período².

No decorrer da última década, porém, a participação da fisioterapia na APS tem aumentado significativamente. Políticas nacionais de saúde direcionadas ao fortalecimento da APS³⁻⁶, associadas a políticas educacionais como a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o PSF (1997), de cursos de especialização e residência multiprofissional em Saúde da Família (2000); a edição das novas Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde (2001); e elaboração do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2005, promoveram, continuamente, a ampliação do número de profissionais de diversas categorias⁷, inclusive de fisioterapeutas. Assim, em 2011, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁸ (CNES) atingiu a cifra de 8.564 cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos da APS.

Este crescimento acompanhou a expansão da APS, especialmente da Estratégia Saúde da Família. Castro e Machado⁹ (2010) mostram que, a partir de 2003, buscando garantir a equidade em saúde, houve um aumento no financiamento em APS nos municípios mais pobres do país. A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da assistência à saúde, priorizando as “ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (BRASIL, 2001, p. 05)¹⁰, a partir de uma visão ampliada do processo saúde/doença e um dos principais desafios dos sistemas de saúde é garantir que 80% dos problemas de saúde da população sejam resolvidos na APS¹¹.

O Brasil, visando ampliar a resolutividade e qualificar a atenção à saúde, tem reformulado os aspectos normativos do sistema de saúde, conforme foi destacado com o

Decreto Nº 7.508/11⁵, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, especialmente no que se refere à rede em saúde, e reafirma a APS como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Portaria nº 2.488/11⁶, que renovou a Política Nacional da Atenção Básica, ao apresentar novos mecanismos para o fortalecimento da APS.

As diretrizes ministeriais apontam, ainda, que o processo de trabalho na APS deve priorizar intervenções interdisciplinares, a construção de projetos terapêuticos singulares, as ações comuns no território, apoiando grupos e desenvolvendo projeto de saúde do território, em articulação com os demais equipamentos sociais. O atendimento individualizado deve ocorrer em casos específicos³.

Diversos estudos têm ressaltado, no entanto, dificuldades na atuação de fisioterapeutas no âmbito da APS que, diante do histórico da profissão, de uma formação ainda direcionada aos níveis de maior complexidade de atenção à saúde e da ausência de definições legais que estabeleçam o papel de fisioterapeutas nas equipes da APS, encontram uma insuficiente compreensão sobre suas possibilidades de atuação, apresentando tendência à reprodução da atenção terapêutica individualizada, com baixa participação em ações de prevenção e promoção da saúde^{2,12-15}.

Além do desconhecimento da própria categoria profissional, há também a insuficiente compreensão dos gestores, dos demais profissionais e até mesmo dos usuários sobre o papel da fisioterapia na APS, demandando ações terapêuticas tradicionais e limitando a inclusão do fisioterapeuta nas demais ações coletivas da equipe.

A divulgação de experiências de fisioterapia na APS torna-se, assim, fundamental para identificar êxitos e dificuldades que possam auxiliar na elaboração de políticas educacionais que promovam a capacitação dos profissionais para atuação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como nas definições legais sobre a participação deste profissional na APS.

Este estudo teve como objetivo identificar experiências de fisioterapia na APS, buscando investigar aspectos sobre a formação de fisioterapeutas inseridos neste nível de atenção; descrever as principais demandas por intervenção fisioterápica, de acordo com as áreas programáticas (saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem e do idoso); e identificar as principais dificuldades enfrentadas nesta atuação, de acordo com a percepção dos profissionais.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal descritivo, constituído pela aplicação de questionário *on line* aos fisioterapeutas inseridos em estabelecimentos da atenção primária.

População do estudo

A população do estudo foi constituída inicialmente pelos fisioterapeutas inseridos em estabelecimentos da atenção primária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que de acordo com levantamento realizado em março de 2010 totalizou o universo de 7.390 cadastros de profissionais, distribuídos entre 4.696 estabelecimentos incluindo centros de saúde, unidades básicas, centros de apoio à saúde da família, postos de saúde e unidades mistas.

Destes, foram convidados para participação no estudo 3.388 profissionais, tendo como critério de seleção estar vinculado a estabelecimentos que apresentassem endereço eletrônico no banco de dados do CNES (2.163 estabelecimentos), possibilitando envio de convite via e-mail.

Posteriormente, visando ampliar a divulgação da pesquisa, foi solicitada a colaboração do Conselho Federal de Terapia Ocupacional (COFFITO) e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO's) no sentido de estimular a participação dos profissionais inscritos nos respectivos conselhos. Utilizou-se, ainda, a divulgação por meio de uma rede social na internet, não existindo uma estimativa do número de profissionais convidados para participação no estudo.

O número de respondentes totalizou 51 fisioterapeutas, dos quais 17 informaram não atuar em estabelecimentos da atenção primária, sendo, portanto, excluídos do estudo. O número total de respondentes considerados para análise deste estudo foi, desta forma, de 34 fisioterapeutas de ambos os sexos, com idade entre 22 e 47 anos (média $32,5 \pm 6,36$)

Instrumento de investigação

O questionário foi composto por 47 questões, estruturadas e semi-estruturadas, (ANEXO A), organizado em cinco blocos: Dados de identificação e formação profissional do fisioterapeuta, Vínculo e dados da equipe, Atividades na atenção básica à saúde, Ações da atenção básica por áreas programáticas e Apropriação de políticas e enfrentamento das dificuldades.

O instrumento foi desenvolvido pela equipe da pesquisa, a partir de informações disponíveis na literatura científica e de documentos técnicos ou normativos publicados pelo Ministério da Saúde, além de instrumentos utilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em estudos prévios relacionados à Estratégia de Saúde da Família. O processo contou, ainda, com a contribuição de representantes do Ministério da Saúde e de profissionais e pesquisadores em saúde coletiva, que atuaram na definição de variáveis de investigação.

A validade de conteúdo foi realizada pelo julgamento por especialistas com reconhecido saber na área com relação aos aspectos: clareza das questões, consistência com a literatura, sugestão de inclusão ou retirada de questões e considerações gerais sobre o instrumento. Após o ajuste do instrumento, foi realizado teste piloto abrangendo 10 fisioterapeutas que desenvolviam ações na atenção básica à saúde. A análise das respostas permitiu adequações do instrumento, visando maior facilidade de aplicação.

Procedimentos para coleta dos dados

A divulgação do convite para participação no estudo foi realizada via e-mail, contendo informações sobre os objetivos e métodos da pesquisa, bem como o endereço eletrônico do questionário para preenchimento *on line*.

O período de coleta compreendeu os meses de outubro de 2011 a janeiro de 2012, sendo enviados convites para o endereço eletrônico de 2.163 estabelecimentos da APS que apresentaram registros de fisioterapeutas no CNES. A solicitação de divulgação pelo COFFITO e CREFITO's e divulgação em rede social na internet foram realizadas em novembro e dezembro de 2011.

Aspectos Éticos

Antes de responder ao questionário, os participantes acessavam um texto de apresentação do estudo e instruções para o preenchimento das questões. Caso concordassem em participar da pesquisa, deveriam manifestar seu consentimento livre e esclarecido, nos termos da Resolução 196/96. Foram também disponibilizados contatos telefônicos para esclarecimento de dúvidas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sob o Protocolo 386/2009.

Análise dos dados

Para a análise dos dados foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Participaram do estudo 34 fisioterapeutas, sendo em sua maioria do sexo feminino (69,3%). A distribuição geográfica dos profissionais apontou 41,2% residentes na região Sudeste, 38,2% no Sul, 17,6% no Nordeste, e apenas 2,9% na Região Norte do país.

Formação Profissional: Graduação

As informações referentes à formação profissional (Tabela 1) indicam que 14,7% dos profissionais foram formados no período anterior ao ano 2001, 47,0% formados entre os anos 2001 e 2005 e 38,2% entre 2006 e 2010. A participação em atividades da atenção primária à saúde durante o período da graduação foi referido por menos da metade dos profissionais (44%), sendo em sua maioria atividades desenvolvidas durante o estágio ou como parte de disciplinas. Atividades vinculadas a projetos de extensão ou trabalhos científicos foram escassas.

Cruzando-se as informações sobre o ano de formação e o desenvolvimento de práticas na APS no curso de graduação, observou-se a referência de atividades práticas na APS desde o ano de 1998. Apesar disso, diversos cursos ainda permanecem sem a integração da APS nas atividades de ensino, pesquisa e extensão e, mesmo entre os profissionais formados no período mais recente (entre 2006 e 2010), 54% referiram o não desenvolvimento de atividades práticas neste nível de atenção enquanto cursaram graduação.

Com relação ao tipo de instituição formadora, verifica-se maioria de profissionais formados em instituições privadas de ensino (64,7%), sendo que 5,9% não informaram o tipo de instituição.

Tabela 1 - Informações sobre a formação profissional de fisioterapeutas inseridos na atenção primária à saúde (APS)

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	n	%
GRADUAÇÃO	34	100
Ano de conclusão do curso de graduação		
1986-2000	05	14,7
2001-2005	16	47,0
2006-2010	13	38,2
Desenvolvimento de atividades práticas na APS durante o curso de graduação		
Não desenvolveram atividades práticas na APS	08	23,5
Respostas em branco	11	32,3
Desenvolveram atividades práticas na APS	15	44,1
Atividades de estágio	12	35,2
Projetos de extensão	04	11,7
Atividades como parte de disciplinas	12	35,2
Desenvolvimento de trabalho científico	01	2,9
Tipo de instituição		
Pública	10	29,4
Privada	22	64,7
Respostas em branco	02	5,9
PÓS-GRADUAÇÃO	30	88,2
Curso de aprimoramento	30	88,2
Pilates/ fisioterapia aplicada à correção de postura /Reeducação Postural Global (RPG)	14	41,2
Fisioterapia ambulatorial e hospitalar	11	32,3
Isostreching	03	8,8
Neurologia	02	5,88
Outros ¹	05	14,7
Curso de especialização	22	64,7
Saúde pública/ saúde coletiva	06	17,6
Ortopedia/ traumatologia/desportiva/terapia manual	06	17,6
Acupuntura	05	14,7
Pneumofuncional/cardiorrespiratória	03	8,8
Fisiologia	03	8,8
Gestão em saúde pública	02	5,9
Outros ²	03	8,8
Residência / Cardiorrespiratória	01	2,9
Mestrado	03	8,8
Desenvolvimento regional e meio ambiente	01	2,9
Aluno especial em saúde coletiva	01	2,9
Educação	01	2,9
Doutorado / Desenvolvimento e meio ambiente	01	2,9
CURSOS DIRECIONADOS À APS (treinamento, capacitação, educação permanente)	19	55,9
Introdução ao programa de saúde da família (PSF)/fisioterapia no PSF/aperfeiçoamento PSF	08	23,5
Pilates	04	11,8
Obesidade	02	5,9
Diabetes	02	5,9
Hanseníase	02	5,9
Neurologia adulto	02	5,9
Neurologia infantil	02	5,9
Ginástica para gestante	02	5,9
Ginástica global	02	5,9
Noções básicas no atendimento ao idoso / Envelhecimento e saúde da pessoa idosa	02	5,9
Outros ³	16	47,0

¹ ergonomia, saúde da família, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, perícia judicial; ² dermato-funcional, fisioterapia hospitalar, fisioterapia aplicada a neurologia adulto e infantil; ³ oficinas de implantação do plano diretor, qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), terapia comunitária, Ensino a distância (EAD) - gestão do SUS em promoção da saúde, acolhimento, EAD - capacitação à distância em doenças e agravos não-transmissíveis (DANT), curso de avaliação de programas de promoção a saúde e atividade física, conferência municipal de saúde, aperfeiçoamento da linha guia dengue, reunião técnica de promoção à saúde dos municípios incluídos no Programa Travessia, hidroterapia, disfunção em Articulação Têmporo-Mandibular (ATM) e pós operatório de bucomaxilo, manipulação em coluna vertebral, coluna (cervical, torácica e lombar), biomecânica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Formação Profissional: pós-graduação

A realização de cursos de pós-graduação foi referida por 88,2% dos profissionais, conforme disposto na Tabela 1, dos quais todos cursaram aprimoramento ou aperfeiçoamento e 22 realizaram também outras modalidades (cursos de especialização n=22, residência n=01, mestrado n=03, doutorado n=01).

Os cursos de aprimoramento envolveram em sua maioria temas vinculados especificamente à fisioterapia (Tabela 1), sendo os principais Pilates/fisioterapia aplicada à correção de postura/Reeducação Postural Global RPG (41,2%) e Fisioterapia ambulatorial e hospitalar (32,3%). Apenas 01 profissional referiu curso de pós-graduação em saúde da família.

Entre os cursos de especialização, Saúde pública/saúde coletiva e Ortopedia/traumatologia/desportiva/terapia manual foram os principais temas de formação (17,6% cada), seguidos por Acupuntura (14,7%). Todos os demais temas estiveram vinculados especificamente à fisioterapia, e, diante da totalidade de profissionais investigados (n=34), o número de profissionais que frequentaram cursos voltados à Saúde pública/saúde coletiva (n=6) ainda se mostra pequeno – Tabela 1.

Formação Profissional: cursos direcionados aos profissionais da APS (treinamento, capacitação, educação continuada, educação permanente, aperfeiçoamento)

A participação em cursos direcionados aos profissionais da APS foi referida por mais da metade dos respondentes (55,9%), conforme dados da Tabela 1. Cursos de Introdução ao Programa de Saúde da Família (PSF)/fisioterapia no PSF/aperfeiçoamento em PSF foi o tema mais frequente (23,5). Os demais temas mostraram-se variados, sendo verificada capacitação bastante distinta entre os profissionais.

Atuação Profissional:

O tempo de atuação na APS foi inferior a 05 anos em 70,6% dos casos (Tabela 2) e, entre os respondentes, 42,17% referiram atuar em outros locais além da APS, sendo os principais: Clínica privada (07) e Ambulatório do SUS (05). Ambulatório do setor privado, Hospital do SUS, Atendimento particular em domicílio, Instituição de longa permanência para idosos e Programa SP Educação com Saúde foram outros locais referidos.

Tabela 2 - Informações sobre a atuação profissional de fisioterapeutas na atenção primária à saúde (APS)

ATUAÇÃO PROFISSIONAL	n	%
Tempo de atuação na APS		
menos de 01 ano	05	14,7
1 a 5 anos	19	55,9
5 a 10 anos	02	5,9
11 anos	02	5,9
Respostas em branco	06	17,6
Número de equipes em que atua		
01	14	41,1
02 a 05	09	26,5
10 a 15	05	14,7
Respostas em branco	06	17,6
Participação na Estratégia de Saúde da Família (ESF)		
Em todas as equipes em que atua	23	67,6
Apenas em parte das equipes em que atua	03	8,8
Não participa da ESF, atuando apenas em equipe tradicional	03	8,8
Respostas em branco	05	14,7
Desenvolvimento de ações de apoio matricial na APS		
Em todas as equipes em que atua	07	20,6
Apenas em parte das equipes em que atua	02	5,9
Não conhece este conceito	21	61,8
Não desenvolve apoio matricial	04	11,8
Carga horária semanal na APS		
Até 10 horas	10	29,4
11 a 20 horas	14	41,2
21 a 30 horas	04	11,8
31 a 40 horas	01	2,9
Respostas em branco	05	14,7
Locais onde desenvolve suas ações referentes à APS		
Domicílios	14	41,2
Centro de saúde / posto de saúde / unidade básica (UBS)	14	41,2
Núcleo de apoio ao saúde da família (NASF)	11	32,3
Unidade de saúde da família (USF)	11	32,3
Terceira idade	01	2,9
Formas de acesso ao fisioterapeuta nas equipes da APS		
Acesso direto	11	32,3
Grupos	13	38,2
Encaminhamentos	26	76,5
pelos Médicos	22	64,7
pelos Enfermeiros	09	26,5
pela Equipe	07	20,6
pelos Agentes Comunitários	02	5,9
Realiza parceria ou articulação informal	13	38,2
Associações / conselhos	08	23,5
Creches / escolas	06	17,6
Instituições religiosas; Universidades / Faculdades	04	11,8
Movimentos sociais	03	8,8
Empresas; Organizações não-governamentais (ONG's)	02	5,9
Fontes de informação utilizadas para o planejamento das ações	23	67,6
Demandas da população	17	50,0
Dados Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	08	23,5
Orientações da Secretaria Municipal de Saúde	07	20,6
Orientações do Ministério da Saúde	04	11,8
Estudos das necessidades de saúde da população	03	8,8
Mapas locais	02	5,9
Outros ¹	02	5,9
Realiza avaliação das ações que desenvolve	16	47,0
Apenas para parte das ações	09	26,5
Para todas as ações	07	20,6

¹Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ), Programa para Gestão por Resultados na Atenção Básica (Prograb)

Esta atuação tem se dado com frequência em apenas uma equipe da APS (41,1%), enquanto 26,5% dos profissionais referiram vínculo entre 2 a 5 equipes e 14,7% a mais de 10 equipes (Tabela 2). A participação em equipes da APS tradicionais não vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi referida por apenas 8,8% dos profissionais (Tabela 2), sendo a maioria participante da ESF (76,4%). O desenvolvimento de apoio matricial foi relatado por apenas 26,5%, e 61,8% não conhecem este conceito.

Com relação à carga horária semanal de atuação na APS, verificou-se variação entre 02 e 40 horas (Tabela 2), sendo que 70,6% informaram carga igual ou inferior a 20 horas.

Entre as ações realizadas pelos profissionais na APS, o atendimento domiciliar foi considerado como a ação mais frequente por 26,4% dos respondentes. Aproximadamente 12% referiram atuação em praticamente todas as ações listadas no questionário, incluindo educação, prevenção ou promoção da saúde, visita e atendimento domiciliares, atendimentos individuais na unidade ou em outros locais, atendimentos em grupo, orientação a cuidadores e familiares, adaptação de ambientes, capacitação aos demais profissionais da equipe e participação de reuniões em equipe ou do conselho local ou municipal de saúde.

Domicílios e Centro de saúde foram os principais locais de desenvolvimento das atividades da APS, sendo informados por 41,2% dos fisioterapeutas, seguidos pelas Unidades do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e Unidades da Saúde da Família (32%) – Tabela 2. Articulações com outras instituições e setores são desenvolvidas por 28% dos profissionais, sendo Associações/Conselhos e Creches/Escolas os locais com maior percentual (16% e 12%, respectivamente) – Tabela 2.

A realização de planejamento das atividades foi informada por 67,7% dos profissionais (Tabela 2), que adotam as demandas da população como a principal fonte de informações (17=50%). Menos da metade dos fisioterapeutas (47%) referiu avaliar as ações desenvolvidas na APS.

As principais formas de acesso do usuário às intervenções fisioterapêuticas foram: Encaminhamentos de outros profissionais (76,4%) e Grupos (38,2%), sendo o acesso direto ao profissional verificado em 32,3% – Tabela 2. O acompanhamento e monitoramento do usuário quando é encaminhado para outro serviço é realizado por 55,9% dos respondentes *Eventualmente*, 32,3% *Na maioria dos casos*, 8,8% *Sempre* e 2,9% *Raramente*. A realização de contra-referência dos demais serviços da rede para a unidade de saúde foi informada como *Eventual* e *Na maioria dos casos* por 47% dos profissionais e *Raramente* por 5,9%.

Principais demandas por intervenções fisioterápicas de acordo com as áreas programáticas

A área programática Saúde do Idoso foi citada como uma das áreas de maior demanda por 35,3% dos fisioterapeutas, seguida pela Saúde da Mulher (20,6%), Saúde do Homem (14,7%) e Saúde do Trabalhador (14,7%). Saúde da Criança foi citada como uma das áreas de maior demanda por apenas 01 fisioterapeuta e Saúde do Adolescente não foi considerada como área prioritária por nenhum dos respondentes.

As questões referentes às condições que demandam por intervenção fisioterápica com maior frequência indicaram como as 05 principais demandas em cada área, conforme disposto na Tabela 3:

1. Saúde da Criança – Saúde da pessoa com deficiência (35,3%), Afecções neurológicas (32,3%), Afecções osteomioarticulares (32,3%), Afecções reumatológicas (23,5%) e Afecções respiratórias (20,6%);
2. Saúde do Adolescente – Afecções osteomioarticulares (32,3%), Práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de riscos (23,5%), Dor Crônica (20,6%), Doenças ou lesões ocupacionais (14,7%) e Saúde da pessoa com deficiência (35,3%);
3. Saúde da Mulher – Práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de riscos (35,3%), Dor crônica (35,3%), Hipertensão arterial sistêmica (35,3%), Diabetes Mellitus (32,3%), Afecções osteomioarticulares (29,4%) e Afecções reumatológicas (29,4%);
4. Saúde do Homem – Hipertensão arterial sistêmica (44,1%), Práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de riscos (29,4%), Doenças ou lesões ocupacionais (29,4%), Dor crônica (26,5%), Afecções osteomioarticulares (23,5%) e Afecções reumatológicas (23,5%);
5. Saúde do Idoso – Condições relacionadas a quedas (50%), Práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de riscos (47%), Dor crônica (41,2%), Acamados (41,2%), Afecções neurológicas (35,5%), Hipertensão arterial sistêmica (35,5%) e Diabetes (35,5%).

Tabela 3 - Demandas por intervenção fisioterápica na Atenção Primária à Saúde segundo as áreas programáticas.

DEMANDAS	ÁREAS PROGRAMÁTICAS									
	Criança		Adolesc.		Mulher		Homem		Idoso	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis, controle de riscos	-	-	08	23,5	12	35,3	10	29,4	16	47,0
Afecções neurológicas	11	32,3	05	14,7	05	14,7	06	17,6	12	35,3
Afecções osteomioarticulares	11	32,3	11	32,3	10	29,4	08	23,5	08	23,5
Afecções reumatológicas	08	23,5	05	14,7	10	29,4	08	23,5	10	23,5
Afecções respiratórias	07	20,6	02	5,9	03	8,8	02	5,9	05	14,7
Afecções do sistema cardiovascular (exceto HAS)	04	11,8	01	2,9	02	5,9	02	5,9	06	17,6
Doenças ou lesões ocupacionais	-	-	05	14,7	07	20,6	10	29,4	06	17,6
Dor crônica	-	-	07	20,6	12	35,3	09	26,5	14	41,2
Saúde da pessoa com deficiência	12	35,3	05	14,7	-	-	06	17,6	06	17,6
Acamados	06	17,6	-	-	-	-	-	-	14	41,2
Hipertensão arterial sistêmica HAS	-	-	-	-	12	35,3	15	44,1	12	35,3
Diabetes Mellitus	-	-	-	-	11	32,3	07	20,6	12	35,3
Alterações metabólicas ou obesidade (exceto diabetes)	03	8,8	02	5,9	05	14,7	01	2,9	06	17,6
Tabagismo	-	-	03	8,8	-	-	02	5,9	01	2,9
Alcoolismo	-	-	02	5,9	-	-	02	5,9	01	2,9
Hanseníase	04	11,8	02	5,9	01	2,9	01	2,9	01	2,9
Tuberculose	02	5,9	01	2,9	-	-	-	-	-	-
Saúde sexual	-	-	03	8,8	02	5,9	01	2,9	01	2,9
DST / Aids	-	-	04	11,8	01	2,9	01	2,9	-	-
Condições relacionadas ao uso de drogas ilícitas	-	-	03	8,8	02	5,9	02	5,9	-	-
Violência	-	-	03	8,8	-	-	01	2,9	-	-
Saúde mental	-	-	03	8,8	03	8,8	03	8,8	02	5,9
Oncologia	01	2,9	-	-	01	2,9	02	5,9	-	-
Acompanhamento e Desenvolvimento infantil	04	11,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenção de acidentes domésticos	02	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Climatério	-	-	-	-	02	5,9	-	-	-	-
Obstetrícia	-	-	-	-	05	14,7	-	-	-	-
Pós-mastectomia	-	-	-	-	03	8,8	-	-	-	-
Incontinência urinária ou fecal	-	-	-	-	03	8,8	-	-	04	11,8
Condições relacionadas à quedas	-	-	-	-	-	-	-	-	17	50,0
Síndromes demenciais	-	-	-	-	-	-	-	-	09	26,5

Atividades Coletivas ou em Grupo desenvolvidas pela fisioterapia na APS de acordo com as áreas programáticas

A realização de atividades coletivas ou desenvolvidas em grupo foi relatada por 11 profissionais (32,3%), abordando as diversas áreas programáticas:

1. Saúde da Criança: Orientação e Tratamento postural, Tratamento neurológico, Oficina de Shantala para bebês, Atividades direcionadas ao esporte, Equoterapia, Ergonomia na fase escolar e Programa Saúde vai à Escola;
2. Saúde do Adolescente: Palestras sobre cuidados com a coluna, Tratamento postural e ortopédico, Grupo de adolescentes (práticas corporais saudáveis, prevenção de DST, prevenção do uso de drogas, etc.) e Atividade em academia ao ar livre;
3. Saúde da Mulher: Tratamento ortopédico e neurológico, Hidroterapia, Atividade física e caminhadas, Ginástica laboral, Palestras de orientação e realização de exercícios com gestantes, Palestras sobre postura e saúde ocupacional, Grupos de Hipertensos e Diabéticos, Orientações: amamentação, reabilitação de períneo e cuidado com a coluna e Grupo de Mulheres (orientação sexual, prevenção de câncer de mama e de colo de útero);
4. Saúde do Homem: Tratamento Ortopédico e Neurológico, Palestras sobre postura e saúde ocupacional, Grupos de Hipertensos e Diabéticos, Grupos de alongamentos e orientação de atividades desportivas, palestras e caminhadas, Ginástica laboral;
5. Saúde do Idoso: Atividades preventivas e recreativas, Atividade física e caminhada, Palestras para cuidadores de idosos acamados, Palestras sobre prevenção de quedas, Grupo de alongamento/propriocepção, Grupo qualidade de vida e Atividades em academias ao ar livre;
6. Saúde do Trabalhador: Palestras preventivas em empresas, Orientações Ergonômicas e Posturais, ginástica laboral e indicações e educação permanente sobre Ginástica Laboral, Adaptações dos locais de trabalho conforme demanda, Ações educativas sobre tabagismo e alcoolismo, reeducação e orientação das atividades da vida diária.

Dificuldades enfrentadas na atuação da APS segundo a ótica dos profissionais

Na Tabela 4 encontram-se dispostas as dificuldades relatadas pelos fisioterapeutas no desenvolvimento das ações da APS sendo Demanda espontânea excessiva (38,2%) e Número insuficiente de fisioterapeutas por equipe; Espaço físico inadequado ou insuficiente; e Falta de transporte para atendimentos e visitas domiciliares (35,2% cada) as dificuldades mais frequentemente relatadas.

Tabela 4 - Dificuldades citadas pelos fisioterapeutas para a atuação na Atenção Primária à Saúde.

Principais dificuldades enfrentadas na atuação na APS	n	%
Demanda espontânea excessiva	13	38,2
Número insuficiente de fisioterapeutas por equipe	12	35,2
Espaço físico inadequado ou insuficiente	12	35,2
Falta de transporte para atendimentos e visitas domiciliares	12	35,2
Dificuldades no trabalho em equipe	06	17,6
Baixa adesão da população aos atendimentos programáticos	05	14,7
Suporte insuficiente das ações de média e alta complexidade	05	14,7
Desconhecimento de estratégias de planejamento, avaliação e monitoramento das atividades	04	11,8
Desconhecimento das atividades atribuídas a este nível de atenção a saúde	03	8,8
Desconhecimento de técnicas para atividades realizadas em grupo	02	5,9
Deficiência na infra-estrutura	01	2,9
Educação permanente ausente	01	2,9
Pouco apoio das equipes	01	2,9
Pouco tempo para atividades em grupo	01	2,9

Temas de interesse para publicações e atividades de formação

Por fim, foi solicitada aos profissionais a indicação de temas de interesse para futuras publicações e cursos de treinamento, capacitação ou educação permanente na APS, sendo citados: correção postural para adolescentes; saúde do adolescente; saúde do trabalhador; hanseníase; tuberculose/afecções respiratórias; doenças e agravos não-transmissíveis; saúde do idoso; trabalho em equipe multidisciplinar; estratégias na atuação do fisioterapeuta no ESF; saúde do homem, saúde da mulher, saúde da criança; treinamento para cuidador; e fisioterapia respiratória para acamados.

DISCUSSÃO

Formação Profissional: Graduação, Pós-Graduação e cursos direcionados aos profissionais da APS (treinamento, capacitação, educação continuada, educação permanente, aperfeiçoamento)

Aproximadamente 15% dos profissionais concluíram o curso de graduação entre os anos de 1986 e 2000 e 85% após o ano de 2001, ano de implementação das novas diretrizes curriculares do curso de graduação em fisioterapia¹⁶(2001), que propõe a alteração do currículo direcionado à formação terapêutica especializada para uma formação generalista, capaz de tornar o egresso apto a atuar na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, em todos os níveis de atenção à saúde.

O elevado percentual de profissionais formados após a implementação das novas diretrizes, no entanto, não se refletiu em uma formação integral que abrangesse os três níveis de atenção (APS, média e alta complexidade) e menos da metade dos profissionais (44%) referiram o desenvolvimento de práticas na APS durante o período do curso de graduação, evidenciando a existência de um período de transição entre a divulgação de diretrizes e a adaptação das estruturas curriculares. Diversos estudos também ressaltam a formação de fisioterapeutas voltada à atenção terapêutica especializada, sendo ainda observado um distanciamento da formação fisioterapêutica às políticas e prioridades de saúde no país^{2,12-15}.

Bispo Júnior¹⁵ (2009) discute esta problemática, ressaltando a responsabilidade das universidades na condução da formação profissional voltada para a resolução dos problemas e necessidades sociais, e não apenas para o atendimento às regras estabelecidas pelo mercado privatista. Todavia, segundo o autor, o projeto neoliberal tem atingindo o ensino superior, neutralizando o espaço universitário como campo de formação crítica, reflexiva e transformadora, adotando a educação uma função de reprodutora das desigualdades sociais.

A adoção de medidas que incentivem e capacitem docentes de instituições de nível superior na promoção de currículos que aproximem o perfil do egresso às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento SUS torna-se fundamental, e, dentre os diferentes atores sociais envolvidos no fomento às discussões relativas à formação deste profissional, a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), criada no mesmo ano da implementação das diretrizes curriculares (2001), tem representado papel de destaque,

organizando 21 Fóruns Nacionais, alguns eventos estaduais e mais de 20 oficinas regionais ao longo de 10 anos¹⁷.

Outra medida de incentivo que merece destaque é a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde – SGTES, Ministério da Saúde, que passa a intensificar as ações voltadas à reorientação dos cursos de graduação da área de saúde oferecendo cooperação técnica, operacional e financeira para que esses cursos possam realizar um trabalho articulado com a gestão, com os serviços SUS e com a população¹⁸. Em 2005 é lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e no mesmo período, decorrente deste momento favorável, foi constituído o Fórum Nacional de Educação dos Profissionais da Área da Saúde – FNEPAS, que tem como principal objetivo contribuir para o processo de mudança na graduação, partilhando da concepção de integralidade na atenção e na formação em saúde¹⁸.

Verificam-se assim mudanças no cenário nacional, sendo possível a alteração do quadro identificado sobre a formação de fisioterapeutas nos próximos anos. É significativo, porém, o quadro de profissionais que já concluíram a graduação e que passaram por formação insuficiente no campo da atenção primária, sendo importante, paralelamente, que se expanda a oferta de cursos de pós-graduação buscando suprir possíveis carências no processo formativo.

Verifica-se, no entanto, que entre os cursos citados pelos participantes deste estudo, há restrita participação em temas vinculados à saúde coletiva/APS. A oferta de cursos direcionados aos profissionais inseridos na APS como treinamento, capacitação, educação continuada, educação permanente e aperfeiçoamento assumem, neste contexto, significativa importância para a orientação da atuação profissional. Entretanto, apenas 55,9% dos profissionais receberam este tipo de complementação formativa. Cursos de Introdução ao Programa de Saúde da Família foi o tema mais frequente (23,5%), sendo ainda um percentual baixo ao se considerar que todos os profissionais inseridos na APS necessitariam de um curso introdutório sobre atuação neste nível de atenção. A Política Nacional da Atenção Básica³ e a Política Nacional de Educação Permanente¹⁹ definem responsabilidades dos gestores do sistema de saúde sobre a capacitação de servidores, reforçando a importância da garantia de ações voltadas ao processo formativo.

Atuação Profissional:

O tempo de atuação na APS foi inferior a 05 anos para a maioria dos profissionais, refletindo a inserção ainda recente de fisioterapeutas neste nível de atenção. Esta inserção se deu em apenas uma equipe em 41% dos casos. A mesma proporção é observada para profissionais vinculados a núcleos que prestam apoio a várias equipes, sendo 26,5% entre 2 e 5 equipes e 14,7% entre 10 e 15. Com a crescente implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado a partir de 2008²⁰, é possível que, nos próximos anos, a inserção deste profissional como apoio a diversas equipes se expanda significativamente em relação a profissionais que atuam em apenas uma equipe.

A existência de fisioterapeutas na equipe de apoio não deve, no entanto, limitar a inserção destes profissionais como membro de uma equipe, na medida em que as necessidades de saúde de determinadas comunidades possam demandar a presença de fisioterapeutas em tempo integral. Nesse sentido, torna-se necessária a formulação de indicadores e a definição de dados que direcionem gestores na identificação das comunidades em que a inserção de fisioterapeutas nas equipes de apoio supra as demandas de saúde da população, bem como das comunidades que necessitem de fisioterapeutas inseridos diretamente na equipe da unidade básica/unidade de saúde da família.

Destaca-se, ainda, que apesar do elevado número de profissionais que atuam em mais de uma equipe, 61,8% dos respondentes não conhecem o conceito de apoio matricial, modalidade definida pela Portaria GM nº. 154²⁰, de 24 de janeiro de 2008 para o processo de trabalho dos profissionais que atuam no apoio ao saúde da família, existindo a necessidade de maior esclarecimento e capacitação de profissionais.

Com relação à carga horária semanal de atuação na APS, 70,6% informaram carga igual ou inferior a 20 horas. Delai e Wisniewsk²¹ (2011) também identificaram maior percentual de fisioterapeutas com carga horária de atuação igual ou inferior a 20 horas, destacando que este tempo é insuficiente para o atendimento das demandas, gerando dificuldades no desenvolvimento de ações preventivas, bem como a interação com os demais profissionais da equipe de saúde.

Um dos fatores provavelmente associados à carga semanal observada neste estudo é a determinação sobre carga de trabalho estabelecida na Lei 8.856²², de 1º de março de 1994, que fixa a carga horária máxima semanal de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em 30 horas e, buscando ofertar este profissional em 40 horas semanais, torna-se frequente a

contratação de 2 fisioterapeutas por equipe com 20 horas cada. Há, porém, equipes com este profissional em apenas um período (matutino ou vespertino), devendo ser garantida a existência de indicadores e dados que permitam a avaliação e monitoramento dos resultados obtidos, ampliando-se o número de profissionais nas situações que identifiquem necessidade deste profissional em 40 horas.

A baixa carga horária de atuação na APS é complementada pela atuação em demais estabelecimentos, sendo referido por aproximadamente 42% dos profissionais vínculo com outros locais, como Clínica Privada e Ambulatório do SUS.

Entre as ações realizadas pelos profissionais na APS, o atendimento domiciliar foi considerado como a ação mais frequente por 26,4% dos respondentes. Freitas² (2006) ressalta o desenvolvimento de atendimentos domiciliares como uma ação comum a diversos fisioterapeutas na APS, estimulados principalmente pelo elevado percentual de usuários com alterações físicas e funcionais que apresentam dificuldades no deslocamento aos estabelecimentos de saúde. É importante, porém, que a prática no ambiente domiciliar não se restrinja unicamente ao tratamento das repercussões físico-funcionais, sendo necessária a intervenção integral que aborde aspectos ambientais, sociais e familiares.

Aproximadamente 12% referiram atuação em praticamente todas as ações listadas no questionário, mostrando a existência de experiências com significativa aproximação aos princípios da APS. A divulgação destas experiências pode contribuir com o aprimoramento da atuação de demais profissionais, sendo previsto como desdobramento do estudo a investigação detalhada destes casos identificados.

Domicílios e Centro de saúde foram os principais locais de desenvolvimento das atividades da APS, seguidos pelas Unidades do NASF e Unidades da Saúde da Família, corroborando com as informações anteriores de maior tendência na atuação domiciliar.

A forma de acesso do usuário às intervenções fisioterapêuticas mais frequente foi encaminhamento de outros profissionais (76,4%). Esta forma de encaminhamento está diversas vezes associada à existência de sequelas físico-funcionais, sendo o fisioterapeuta inserido no tratamento de pacientes que apresentam doenças ou disfunções já instaladas, com graus avançados de comprometimento. A definição de critérios de encaminhamento que insiram usuários com demandas preventivas ou de tratamento precoce deve ser estabelecida por estudos que envolvam a profissão, bem como a expansão de formas de acesso aos

fisioterapeutas viabilizando atuação desde a prevenção de enfermidades, promoção e manutenção da saúde até o tratamento e reabilitação.

Articulações com outras instituições e setores são desenvolvidas por 28% dos profissionais, sendo Associações/Conselhos e Creches/Escolas os locais com maior percentual (16% e 12%, respectivamente). Considerando o crescente estímulo realizado pelas políticas voltadas à APS à realização de ações intersetoriais, é possível que o total de profissionais que desenvolvem articulações com demais instituições se expanda. Outras ações estimuladoras de parcerias, como o programa Saúde na Escola, as Academias da Saúde e os programas direcionados à Saúde do Trabalhador, promovem continuamente maior participação do setor saúde em campos e espaços diferenciados. A promoção de projetos de extensão, pesquisas e atividades de ensino, incluindo estágios e disciplinas, que possibilitem aos discentes a participação em ações intersetoriais desde a graduação, são medidas que auxiliam na formação de profissionais aptos ao desenvolvimento destes tipos de ações.

A realização de planejamento das ações desenvolvidas foi informada pela maioria dos profissionais, sendo as demandas da população a principal fonte de informações adotada, e menos da metade dos fisioterapeutas referiu avaliar as ações desenvolvidas. O planejamento e avaliação em saúde caracterizam-se como ações fundamentais para a adequação de serviços, possibilitando o aumento da eficiência do sistema de saúde e geração da equidade e estudos destacam que a ausência destas ações locais e participativas pode resultar na atuação voltada apenas para atendimento de demanda urgente e geração de consultas, com conseqüências sobre gastos e eficiência²³⁻²⁵. O acompanhamento constante das práticas, em um processo permanente, deverá ocorrer nas equipes dos diversos estabelecimentos de saúde existentes, assumindo papel pró-ativo de definição dos destinos do sistema. A inserção destas ações durante a graduação do fisioterapeuta e a oferta de educação permanente pode, da mesma maneira, incentivar a prática de planejamento e avaliação na futura atividade profissional.

Por fim, o acompanhamento e monitoramento do usuário quando é encaminhado para outro serviço e a realização de contra-referência para a unidade de saúde tem ocorrido apenas em parte dos casos, indicando a necessária articulação da APS aos demais níveis de atenção no intuito de garantir a integralidade e continuidade do contato, bem como da participação da APS como eixo orientador do sistema de saúde.

Principais demandas por intervenções fisioterápicas de acordo com as áreas programáticas

Ao se investigar as demandas por áreas programáticas, constata-se que, embora demandas por intervenções terapêuticas sejam as principais (em sua maior parte relacionadas a afecções ostemioarticulares, reumáticas, neurológicas, dores crônicas, doença ou lesões ocupacionais, saúde da pessoa com deficiência e acamados), também podem ser observadas demandas vinculadas a aspectos preventivos como práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de riscos, prevenção de quedas em idosos, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Ressalta-se que todas as demandas relacionadas à promoção e prevenção estão vinculadas a prioridades estabelecidas em programas e políticas nacionais, indicando a influência positiva de diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde sobre a prática profissional. É importante, porém, que necessidades loco-regionais sejam identificadas, a partir de análises sobre a população adstrita, reforçando-se a necessidade de definição de indicadores e dados para planejamento das ações de saúde.

Destaca-se também que a ação relacionada a Práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de riscos esteve na primeira ou segunda posição entre as demandas de praticamente todas as áreas programáticas (Saúde do Adolescente, da Mulher, do Homem e do Idoso), de forma que experiências de promoção e prevenção vêm ocorrendo em diversos locais. Ainda assim, 53% dos profissionais não referiram práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de riscos em nenhuma das áreas programáticas. Uma maior divulgação das ações de fisioterapeutas neste campo pode atuar como incentivo ao desenvolvimento destas ações em demais locais.

Entre todas as demandas citadas pelos profissionais, praticamente todas que atingiram percentuais acima de 40% são relacionadas à Saúde do Idoso (quedas em idosos 50%; práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de riscos 47%; dor crônica 41,2% e acamados 41,2%), mostrando a forte atuação da profissão para usuários desta faixa etária.

Na área de Saúde da Criança, destaca-se que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que se constitui como medida preventiva e de diagnóstico precoce importante, foi relatada por apenas 11,8% dos profissionais, sendo a saúde da pessoa com deficiência a principal demanda.

Dificuldades enfrentadas na atuação da APS segundo a ótica dos profissionais

As principais dificuldades relatadas pelos fisioterapeutas no desenvolvimento das ações da APS foram associadas a recursos materiais e humanos insuficientes (Demanda espontânea excessiva, Número insuficiente de fisioterapeutas por equipe, Espaço físico inadequado ou insuficiente e Falta de transporte para atendimentos e visitas domiciliares) exigindo maior investimento financeiro do Ministério, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde em recursos humanos, equipamentos e infra-estrutura. Aproximadamente 14% relataram também dificuldades referentes ao suporte insuficiente das ações de média e alta complexidade, indicando a necessidade de investimentos financeiros também em ações em níveis de maior complexidade, possibilitando o apoio adequado às ações da APS.

Há dificuldades, porém, referentes ao desconhecimento sobre ações da APS (Desconhecimento de estratégias de planejamento, avaliação e monitoramento das atividades, Desconhecimento das atividades atribuídas a este nível de atenção a saúde, Desconhecimento de técnicas para atividades realizadas em grupo e Educação permanente ausente), mostrando a necessidade de políticas de formação. Estas dificuldades se refletem nos dados observados sobre *Atuação profissional e Demandas por intervenção fisioterápica*, que mostram ainda limitações na realização de planejamento e avaliação, no desenvolvimento de ações intersetoriais, na articulação com demais níveis de atenção e a existência de maior desenvolvimento de ações terapêuticas sobre ações preventivas. Também foram relatadas dificuldades na dinâmica de trabalho como: dificuldades no trabalho em equipe, baixa adesão da população aos atendimentos programáticos e pouco apoio das equipes, exigindo intervenções formativas que abordem também aspectos da interação entre os profissionais das equipes e entre profissionais de saúde e comunidade.

As mudanças previstas nas grades curriculares dos cursos de graduação e maior fomento às ações de educação permanente, comentadas anteriormente, são fundamentais para o enfrentamento dos desafios presentes na atuação da fisioterapia na APS. É importante, porém, que a discussão acerca das estruturas curriculares vá além da revisão de conteúdos, inserindo reflexões acerca das metodologias de ensino-aprendizagem adotadas, no intuito de modificar a tendência das concepções antigas e herméticas das grades curriculares de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão do conhecimento e informações²⁶.

Diversas proposições metodológicas de ensino-aprendizagem têm sido implementadas visando potencializar este processo, promovendo a formação de um profissional capaz de propor soluções aos problemas individuais e coletivos da comunidade, a exemplo dos cursos da Universidade Federal do Paraná UFPR/Matinhos, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul UFMS/Campo Grande, Universidade Federal de Sergipe UFS/Lagarto, Universidade de Brasília UnB/Ceilândia, entre outros, sendo fundamental a divulgação de experiências exitosas que auxiliem no direcionamento deste processo de mudanças na formação.

Considerações sobre o estudo

O estudo buscou identificar experiências de fisioterapia na APS e pesquisas que investiguem uma amostra representativa do total de fisioterapeutas inseridos na APS que serão desenvolvidas como desdobramentos deste estudo.

Destaca-se também que a aplicação de questionários on line pode representar uma dificuldade à participação de profissionais de estabelecimentos da atenção primária, uma vez que estes locais frequentemente não possuem acesso a internet, tornando importante que estudos futuros incluam a opção de preenchimento de questionários impressos ou aplicados via telefone.

Por fim, deve-se considerar que os fisioterapeutas que aderiram ao convite de participação neste estudo sejam provavelmente profissionais mais engajados no campo da saúde coletiva, representando um viés, devendo ser estimulada a realização de outros estudos que adotem métodos e abordagens que garantam a obtenção de dados sobre os diferentes perfis profissionais.

CONCLUSÃO

O estudo identificou diversos desafios para a fisioterapia na APS, como o elevado número de profissionais que não desenvolveram atividades práticas na APS durante o período da graduação, o baixo percentual de profissionais que receberam curso introdutório ao PSF, carga horária semanal restrita, restrita articulação com outras instituições e setores, limitada atuação na avaliação das ações desenvolvidas, elevadas demanda por intervenções terapêuticas, número insuficiente de fisioterapeutas por equipe, espaço físico inadequado ou

insuficiente, falta de transporte para atendimentos e visitas domiciliares, suporte insuficiente das ações de média e alta complexidade, desconhecimento sobre atribuições e ações características da APS, dificuldades no trabalho em equipe e baixa adesão da população aos atendimentos programáticos.

Porém, iniciativas exitosas vem se expandindo pelo país, sendo identificado o desenvolvimento de ações de educação, prevenção ou promoção da saúde, visita e atendimento domiciliares, atendimentos em grupo, orientação a cuidadores e familiares, adaptação de ambientes, capacitação aos demais profissionais da equipe e participação de reuniões em equipe ou do conselho local ou municipal de saúde por parte dos profissionais. Entre as demandas relatadas, prevenção de quedas em idosos, práticas corporais, promoção de hábitos saudáveis e controle de riscos e ações com hipertensos e diabéticos estiveram entre as mais frequentes, mostrando o desenvolvimento de práticas preventivas e de promoção da saúde, principalmente relacionadas à saúde do idoso (área prioritária para a maioria dos profissionais investigados). Destaca-se, no entanto, que na área de saúde da criança o número de profissionais que atuam em ações de prevenção e promoção foi bastante restrito, sendo todas as demandas com maiores percentuais relacionadas a ações terapêuticas.

AGRADECIMENTOS: Os autores agradecem a colaboração do Departamento de Atenção Básica e da equipe de coordenação do do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole; 1999.
2. Freitas MS. A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. _____. Diretrizes do NASF - Caderno da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 164p.
5. _____. Decreto nº 7.508, 28 de junho de 2011. Brasília: 2011, 10p.
6. _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.8p.
7. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde [internet]. Brasília:CONASS, 2011. 197 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%203.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.
8. _____. Ministério da Saúde. Informações em saúde/ redes assistenciais/ profissionais. Tabelas geradas a partir dos dados CNES. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>. Acesso em: 10 janeiro 2012].
9. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad Saúde Pública, 26 (4): 693-705, 2010.
10. Brasil. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
11. Xavier J, Machado K. Equipes e Unidades de Saúde mais perto do cidadão. RADIS, 43(1): 8-12, 2005.
12. Arribas MJD. Fisioterapia Comunitaria. [Proyecto Docente]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2007
13. Vaquero AIT. Clasificación de actividades Del fisioterapeuta de Atención Primaria. Rev. Fisioterapia-Asociación Española de Fisioterapeutas. 19(1): 97-114, 1997.
14. Copetti SMB. Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais. Revista in pauta. 2000; 4: 12-23 Disponível em: <<http://www.fadep.br/arquivos/revistainpauta/volume4/Solange.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2011.

15. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde*. 2009; 16(3):655-668.
16. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer no CNE/CES 1.210/2001, de 7 de dezembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 10 dez 2001, Seção 1, p. 22.
17. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. ABENFISIO. Disponível em: <<http://www.abenfisio.com.br/2012/abenfisio.html>>. Acesso em: 12 junho 2012.
18. Fórum Nacional de Educação dos Profissionais da Área da Saúde – FNEPAS. Relatório final da oficina metodologias ativas como estratégia de formação para a integralidade do cuidado. Campinas: FNEPAS, 2008. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/relatorio_fnepas_oficina_metodologia.pdf>. Acesso em: 12 junho 2012
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
20. _____. Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 de janeiro de 2008.
21. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1515-1523, 2011.
22. Brasil. Lei 8.856, de 1º de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. *Diário Oficial da União*. 2 março 1994.
23. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. Volume 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
24. Vilabos, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(6): 1239-1250, jun, 2008.
25. Viera FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Supl. 1): 1566-1577 2009.
26. Vogt MSL. Os princípios andragógicos no contexto do processo ensino-aprendizagem da fisioterapia. [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília, 2007.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos identificaram estabelecimentos privados da atenção especializada da região Sudeste e metrópoles e municípios de grande porte como os principais locais de atuação de fisioterapeutas. Esta distribuição representa uma barreira ao acesso a estes profissionais para grande parte da população do país.

Municípios de pequeno porte do Norte e Nordeste são as principais localidades sem assistência, bem como os serviços de atenção primária nas diversas regiões, representando as menores razões de fisioterapeutas por mil habitantes no Brasil.

A expansão de postos de trabalho para a fisioterapia no setor público, prioritariamente na atenção primária e em municípios pequeno porte, é fundamental para a efetivação da universalidade e integralidade da atenção à saúde.

Essa expansão deve, porém, se pautar em estudos e dados epidemiológicos e demográficos que garantam que a distribuição dos profissionais no sistema de saúde esteja em consonância com as necessidades de saúde da população.

Da mesma forma, a expansão deve estar associada à qualificação dos recursos humanos, garantindo que atuação na atenção primária contemple as diferentes atividades pertinentes a este nível de atenção, incluindo diagnóstico de necessidades de saúde, educação em saúde, prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, avaliação e planejamento, bem como estímulo ao controle social.

A formação profissional em fisioterapia, no entanto, têm historicamente se voltado ao atendimento individual ambulatorial e hospitalar, dificultando a adequação deste profissional as particularidades da atenção primária.

Ainda assim experiências de fisioterapeutas voltados aos princípios da APS foram identificadas por meio de questionários, mostrando a importância da divulgação de intervenções exitosas.

Os desafios, porém, mostraram-se ainda intensos, indicando a necessidade de maior investimento financeiro em recursos humanos, equipamentos e infra-estrutura; de maior articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde; de políticas de formação e capacitação profissional e de medidas voltadas a maior integração entre os profissionais das equipes de saúde e entre profissionais e comunidade.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SOBRE A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Parte I – Dados de identificação e formação profissional do fisioterapeuta

A. Identificação

a1. Nome (opcional): _____
 a2. Idade: _____ a3. Sexo: _____ a4. Cidade de atuação: _____ a5. Estado: _____

B. Formação e atualização profissional

b1. Instituição onde cursou a graduação: _____
 b2. Cidade: _____ b3. Estado: _____ b4. País: _____
 b5. Ano de conclusão: _____ b6. Tipo de instituição: () pública () privada () outros

b7. Cursos de pós-graduação realizados ou em andamento:

() aprimoramento em _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
 () especialização em _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
 () residência em _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
 () mestrado em _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
 () doutorado em _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
 () outro: _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
 () não possui formação em pós-graduação

b8. Cite os cursos (como treinamento, formação, capacitação, educação permanente, educação continuada, aprimoramento, etc) **direcionados à atenção básica ou ao programa de saúde da família** que frequenta ou já frequentou.

Curso: _____ Instituição: _____ Ano: _____

Parte II – Vínculo e dados da equipe

C. Vínculo empregatício e locais de atuação

c1. Você desenvolve ações na atenção básica à saúde?

- () SIM, apenas no sistema público de saúde
 () SIM, apenas no sistema privado de saúde
 () SIM, tanto no sistema público quanto no sistema privado de saúde
 () NÃO

c2. Se SIM, responda com relação às ações desenvolvidas na **ATENÇÃO BÁSICA**:

- quantas horas por semana são reservadas para ações na atenção básica? _____
 - há quantos meses desenvolve ações na atenção básica? _____ - qual o número de equipes em que atua? _____
 - Participa da Estratégia de Saúde da Família?
 () SIM, em todas as equipes
 () SIM, mas apenas em parte das equipes. Indique o número de equipes da Saúde da Família em que atua: _____
 () NÃO, atuo apenas em equipes da atenção básica tradicional
 - desenvolve ações de apoio matricial na atenção básica?
 () SIM, em todas as equipes
 () SIM, mas apenas em parte das equipes
 () NÃO
 () Não conhece este conceito

D. Equipe e unidades

d1. Indique os profissionais que atuam pelo menos uma vez por semana em pelo menos uma das unidades em que está inserido:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> acupunturista | <input type="checkbox"/> enfermeiro |
| <input type="checkbox"/> agente de controle de endemias | <input type="checkbox"/> farmacêutico |
| <input type="checkbox"/> agente comunitário de saúde | <input type="checkbox"/> fonoaudiólogo |
| <input type="checkbox"/> assistente social | <input type="checkbox"/> nutricionista |
| <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem | <input type="checkbox"/> psicólogo |
| <input type="checkbox"/> auxiliar de consultório dentário | <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem |
| <input type="checkbox"/> biólogo | <input type="checkbox"/> técnico em higiene dental |
| <input type="checkbox"/> cirurgião dentista | <input type="checkbox"/> terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> educador físico | <input type="checkbox"/> veterinário |
| <input type="checkbox"/> médico - Indicar quais as especialidades médicas _____ | |
| <input type="checkbox"/> outros: _____ | |

d2. Indique o nome das unidades da atenção básica em que atua (opcional): UNIDADE 1: _____
Incluir unidades no verso

Parte III – atividades na atenção básica à saúde**E. Intervenções na atenção básica**

e1. Assinale as intervenções que você desenvolve nas EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA:

- ações de educação, prevenção ou promoção da saúde
- atividades de acolhimento / triagem
- visita domiciliar (somente fisioterapeuta)
- consulta ou visita domiciliar (VD) compartilhada
- atendimentos domiciliares
- atendimentos individuais nas unidades da atenção básica*
- atendimentos individuais em outros locais: especificar quais _____
- atendimentos em grupo nas unidades da atenção básica*
- atendimentos em grupo em outros locais: especificar quais _____
- ações coletivas para a comunidade. Quais: _____
- orientação a cuidadores e familiares
- adaptação de domicílios
- adaptação ou orientação relacionada a atividades ocupacionais
- adaptações urbanas
- oferece capacitação aos demais profissionais da equipe – indicar quais profissionais: _____
- recebe capacitação dos demais profissionais – indicar quais profissionais: _____
- participa de reuniões em equipe
- participação nas reuniões do conselho local ou municipal de saúde
- outras: _____

Mencione as principais dificuldades encontradas para a realização das atividades assinaladas _____

F. Organização das ações

f1. Quais as formas de acesso dos usuários aos serviços de fisioterapia?

- acesso direto ao profissional de fisioterapia
 acesso via encaminhamentos de outros profissionais. Quais _____
 outras formas de acesso. Quais _____

f2. Acompanha e monitora o usuário quando é encaminhado para outro serviço?

- Sempre Na maioria dos casos Eventualmente Raramente Nunca

f3. Os demais serviços da rede realizam a contra-referência para a unidade de saúde?

- Sempre Na maioria dos casos Eventualmente Raramente Nunca

f4. Quais as fontes de informação utilizadas para o planejamento das ações de fisioterapia?

- Dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) ou sistema similar
 Mapas locais
 AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família)
 PROGRAB (Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica)
 Demandas da população
 Estudos das necessidades de saúde da população
 Orientações do Ministério da Saúde
 Orientações da Secretaria Municipal de Saúde
 Outros: _____

f5. Realiza avaliação das ações que desenvolve?

- SIM, para todas as ações SIM, mas apenas para parte das ações NÃO

f6. Realiza parceria ou articulação informal com:

- creches / escolas universidades / faculdades
 instituições religiosas Organizações não governamentais (ONG's)
 empresas associações / conselhos
 academias movimentos sociais
 outras: especificar _____

Parte IV – ações da atenção básica por áreas programáticas**G. Áreas Programáticas Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem Adultos e do Idoso**

Para as intervenções de fisioterapia desenvolvidas nas unidades da atenção básica em que você atua, assinale quais as condições MAIS FREQUENTES:

g1. na área de Saúde da Criança:

- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil saúde do escolar
 alterações metabólicas ou obesidade infantil oncologia
 prevenção de acidentes domésticos acamados
 saúde da pessoa com deficiência violência
 condições relacionadas ao sistema respiratório tuberculose
 condições relacionadas ao sistema neurológico hanseníase
 condições relacionadas ao sistema cardiovascular Aids
 condições relacionadas ao sistema osteomioarticular
 condições reumatológicas
 OUTRAS: indicar outras condições de acordo com a realidade onde atua _____

g2. na área de Saúde do Adolescente:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> práticas corporais, promoção de hábitos de vida saudáveis e controle de riscos | <input type="checkbox"/> dor crônica |
| <input type="checkbox"/> alterações metabólicas ou obesidade | <input type="checkbox"/> tabagismo |
| <input type="checkbox"/> saúde sexual e reprodutiva | <input type="checkbox"/> alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> saúde da pessoa com deficiência | <input type="checkbox"/> violência |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas a doenças ou lesões ocupacionais | <input type="checkbox"/> oncologia |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao uso de drogas ilícitas | <input type="checkbox"/> saúde mental |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema respiratório | <input type="checkbox"/> tuberculose |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema neurológico | <input type="checkbox"/> hanseníase |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema cardiovascular | <input type="checkbox"/> DST's / Aids |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema osteomioarticular | |
| <input type="checkbox"/> condições reumatológicas | |
| <input type="checkbox"/> OUTRAS: indicar outras condições de acordo com a realidade onde atua _____ | |

g3. na área de Saúde da Mulher:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> práticas corporais, promoção de hábitos de vida saudáveis e controle de riscos | <input type="checkbox"/> climatério |
| <input type="checkbox"/> hipertensão arterial sistêmica (HAS) | <input type="checkbox"/> obstetrícia |
| <input type="checkbox"/> <i>Diabetes Mellitus</i> | <input type="checkbox"/> pós-mastectomia |
| <input type="checkbox"/> alterações metabólicas ou obesidade (exceto <i>Diabetes</i>) | <input type="checkbox"/> incontinência urinária ou fecal |
| <input type="checkbox"/> saúde sexual | <input type="checkbox"/> dor crônica |
| <input type="checkbox"/> saúde da pessoa com deficiência | <input type="checkbox"/> tabagismo |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas a doenças ou lesões ocupacionais | <input type="checkbox"/> alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao uso de drogas ilícitas | <input type="checkbox"/> violência |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema respiratório | <input type="checkbox"/> oncologia |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema neurológico | <input type="checkbox"/> saúde mental |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema cardiovascular (exceto HAS) | <input type="checkbox"/> tuberculose |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema osteomioarticular | <input type="checkbox"/> hanseníase |
| <input type="checkbox"/> condições reumatológicas | <input type="checkbox"/> DST's / Aids |
| <input type="checkbox"/> OUTRAS: indicar outras condições de acordo com a realidade onde atua _____ | |

g4. na área de Saúde do Homem:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> práticas corporais, promoção de hábitos de vida saudáveis e controle de riscos | <input type="checkbox"/> saúde sexual |
| <input type="checkbox"/> hipertensão arterial sistêmica (HAS) | <input type="checkbox"/> saúde da pessoa com deficiência |
| <input type="checkbox"/> <i>Diabetes Mellitus</i> | <input type="checkbox"/> dor crônica |
| <input type="checkbox"/> alterações metabólicas ou obesidade (exceto <i>Diabetes</i>) | <input type="checkbox"/> incontinência urinária ou fecal |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas a doenças ou lesões ocupacionais | <input type="checkbox"/> tabagismo |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao uso de drogas ilícitas | <input type="checkbox"/> alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema neurológico | <input type="checkbox"/> violência |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema respiratório | <input type="checkbox"/> oncologia |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema osteomioarticular | <input type="checkbox"/> saúde mental |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema cardiovascular (exceto HAS) | <input type="checkbox"/> hanseníase |
| <input type="checkbox"/> condições reumatológicas | <input type="checkbox"/> DST's / Aids |
| <input type="checkbox"/> OUTRAS: indicar outras condições de acordo com a realidade onde atua _____ | |

g5. na área de Saúde do Idoso:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> práticas corporais, promoção de hábitos de vida saudáveis e controle de riscos | <input type="checkbox"/> acamados |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas à quedas | <input type="checkbox"/> saúde sexual |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas à síndromes demenciais | <input type="checkbox"/> saúde da pessoa com deficiência |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> dores crônicas |
| <input type="checkbox"/> <i>Diabetes Mellitus</i> | <input type="checkbox"/> incontinência urinária ou fecal |
| <input type="checkbox"/> alterações metabólicas ou obesidade (exceto <i>Diabetes</i>) | <input type="checkbox"/> tabagismo |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas a doenças ou lesões ocupacionais | <input type="checkbox"/> alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema neurológico | <input type="checkbox"/> violência |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema respiratório | <input type="checkbox"/> oncologia |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema osteomioarticular | <input type="checkbox"/> saúde mental |
| <input type="checkbox"/> condições relacionadas ao sistema cardiovascular (exceto HAS) | <input type="checkbox"/> hanseníase |
| <input type="checkbox"/> condições reumatológicas | <input type="checkbox"/> DST's / Aids |
| <input type="checkbox"/> OUTRAS: indicar outras condições de acordo com a realidade onde atua _____ | |

Cite as atividades coletivas ou em grupo desenvolvidas pela fisioterapia nas unidades da atenção básica em que você atua:

g6. na área de Saúde da Criança: _____
quais os temas abordados? _____

g7. na área de Saúde do Adolescente: _____
quais os temas abordados? _____

g8. na área de Saúde da Mulher: _____
quais os temas abordados? _____

g9. na área de Saúde do Homem: _____
quais os temas abordados? _____

g10. na área de Saúde do Idoso: _____
quais os temas abordados? _____

H. Saúde do Trabalhador

h1. Nas unidades da rede básica em que atua, quais as ações fisioterapêuticas desenvolvidas na saúde do trabalhador?

I. Áreas programáticas locais

i1. Indique outras áreas programáticas existentes nas equipes da atenção básica em que atua que não tenham sido abordadas neste questionário? _____

i2. Quais as ações fisioterapêuticas desenvolvidas para estas áreas? _____

J. Demanda

j1. Assinale as áreas de maior demanda por ações fisioterapêuticas nas equipes em que atua:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> saúde da criança | <input type="checkbox"/> saúde do homem |
| <input type="checkbox"/> saúde do adolescente | <input type="checkbox"/> saúde do idoso |
| <input type="checkbox"/> saúde da mulher | <input type="checkbox"/> saúde do trabalhador |
| <input type="checkbox"/> outras. Especificar: _____ | |

Parte V – Apropriação de políticas e enfrentamento das dificuldades

11. Assinale as políticas e publicações que conhece:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Política Nacional da Atenção Básica | <input type="checkbox"/> Série pactos pela saúde |
| <input type="checkbox"/> Política Nacional de Humanização | <input type="checkbox"/> Cadernos da Atenção Básica |
| <input type="checkbox"/> Política Nacional de Promoção da Saúde | <input type="checkbox"/> Revista brasileira saúde da família |
| <input type="checkbox"/> Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares | <input type="checkbox"/> AMQ |
| <input type="checkbox"/> Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência | <input type="checkbox"/> Coleção Progestores |
| <input type="checkbox"/> Manual do sistema de informação da atenção básica (SIAB) | <input type="checkbox"/> publicações dos indicadores SIAB |

12. Assinale as principais dificuldades enfrentadas na sua atuação na atenção básica (Caso existam dificuldades que não estejam apresentados dentre as opções de preenchimento, favor citar em “OUTROS”):

- demanda espontânea excessiva
 - dificuldades no trabalho em equipe
 - número insuficiente de fisioterapeutas por equipe
 - baixa adesão da população aos atendimentos programáticos
 - desconhecimento das estratégias de planejamento, programação, avaliação e monitoramento das atividades
 - espaço físico inadequado ou insuficiente
 - falta de transporte para atendimentos e visitas domiciliares
 - desconhecimento das atividades atribuídas a este nível de atenção a saúde
 - suporte insuficiente das ações de média e alta complexidade
 - desconhecimento de técnicas para atividades realizadas em grupo
 - outras:
- especificar _____

13. Temas de interesse para futuras publicações e cursos de treinamento, capacitação ou educação permanente na atenção básica: _____

OUTRAS CONSIDERAÇÕES: