

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

Distribution of physical therapists working on public and private establishments in different levels of complexity of health care in Brazil

Larissa R. Costa¹, José L. R. Costa², Jorge Oishi³, Patricia Driusso⁴

Resumo

Contextualização: O Sistema Único de Saúde (SUS) 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. **Objetivos:** 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 problem in Brazil, especially in the private sector. Studies on the distribution of professionals in the health system allowing the formulation of appropriate policies are needed. **Objectives:** To investigate the distribution of physical therapists 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 (NRHSP). **Method:** A descriptive cross-sectional study was performed considering NRHSP-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 physical therapists, 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 sites of physical therapists. 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 physical therapists in the specialized care, mostly in metropolis and big cities and in the private sector, with restricted to participation in the primary care.

Keywords: physical therapy; public health; private sector; primary health care; ambulatory care; hospital care.

Recebido: 06/02/2012 – **Revisado:** 02/05/2012 – **Aceito:** 18/05/2012

¹Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade Federal do Amazonas (UFA), 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 (UFSCar), São Carlos, SP, Brasil

⁴Departamento de Fisioterapia, UFSCar, São Carlos, SP, Brasil

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

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. À medida que a resolução dos problemas demanda 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 ao 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 desse 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. Esses 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}.

Dessa 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, essa 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 (CNES).

Método

Foi realizado um estudo transversal descritivo a partir de dados do 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 desses estabelecimentos provavelmente próximo ao número efetivamente existente¹³.

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 real¹³⁻¹⁵.

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 existentes¹³.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, SP, Brasil sob o protocolo 386/2009.

Coleta de dados

Os dados, referentes à atualização de fevereiro de 2010, foram coletados no banco de dados do CNES, em Brasília, DF, em março de 2010. A busca incluiu informações dos 5.564 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, dessa 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:

- Atenção Primária à Saúde (APS): posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, centro de apoio à saúde da família, unidade móvel fluvial;
- Atenção Ambulatorial Especializada: clínica especializada/ambulatório de especialidades, policlínica, consultório isolado, cooperativa, centro de atenção psicossocial e unidade de apoio, diagnose e terapia (SADT);
- 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;

- Unidade Mista: onde são desenvolvidos tanto serviços de APS como da atenção especializada (internação e urgências);
- 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:

- Pequeno porte: população até 20.000 habitantes
- Médio porte: entre 20.001 e 100.000 habitantes
- Grande porte: entre 100.001 e 500.000 habitantes
- Metrôpoles: acima de 500.000 habitantes

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

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

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 desses 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.

Essa 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.

O maior número de cadastros em estabelecimentos especializados não se reflete, porém, em um maior número de municípios com fisioterapeutas nesses 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.

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 (UFs), o número de cadastros em locais privados foi o triplo do total de cadastros do setor público em todas as UFs 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.

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, essa concentração atingiu 84%. A participação privada na APS foi de apenas 0,2%, administrada 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 1 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.

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. Rodrigues¹⁷ destaca que o atendimento restrito a esses 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.

Essa 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

Tabela 1. Número de cadastros de fisioterapeutas em estabelecimentos públicos e privados segundo o tipo de estabelecimento e nível de complexidade de atenção nas regiões do Brasil.

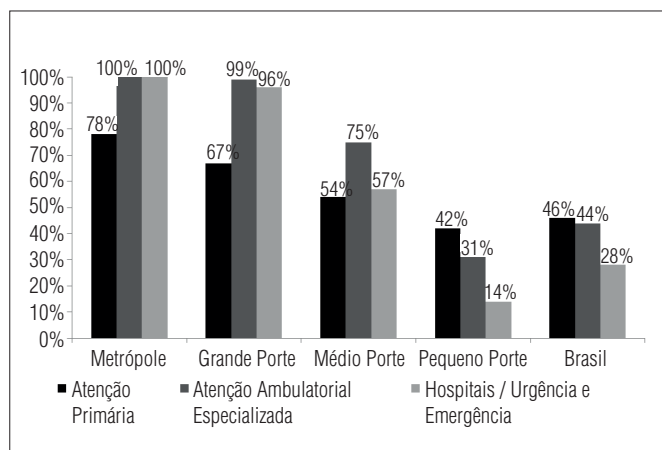
Tipos de estabelecimentos	Norte			Nordeste			Centro-Oeste			Sudeste			Sul			Brasil		
	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT	PUB	PRIV	TOT
Atenção primária à Saúde	262 (21%)	08 (01%)	270 (13%)	1.649 (30%)	08 (<1%)	1.657 (15%)	404 (26%)	13 (<1%)	417 (11%)	3.354 (32%)	46 (<1%)	3.400 (13%)	1.140 (51%)	33 (<1%)	1.173 (12%)	6.809 (32%)	108 (<1%)	6.917 (13%)
UBS/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 (28%)	663 (78%)	1.014 (48%)	1.317 (24%)	4.127 (74%)	5.444 (49%)	561 (36%)	1.602 (75%)	2.163 (59%)	3.339 (32%)	11.479 (71%)	14.818 (56%)	642 (29%)	6.074 (84%)	6.716 (71%)	6.210 (30%)	23.945 (75%)	30.155 (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 (45%)	182 (21%)	758 (36%)	2.341 (42%)	1.434 (26%)	3.775 (34%)	580 (37%)	530 (25%)	1.110 (30%)	3.716 (35%)	4.573 (29%)	8.289 (31%)	460 (20%)	1.161 (16%)	1.621 (17%)	7.673 (36%)	7.880 (25%)	15.553 (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 Urg. Emerg ⁴	-	-	-	-	08	08	-	14	14	-	09	09	-	-	-	-	-	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 (06%)	-	70 (03%)	240 (04%)	26 (<1%)	266 (02%)	17 (01%)	-	17 (<1%)	102 (1%)	09 (<1%)	111 (<1%)	07 (<1%)	02	09 (<1%)	436 (02%)	37 (<1%)	473 (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=Estabelecimentos Privados, TOT=Total, Unidade Básica, ²Posto de Saúde, ³Clinica Especializada/Ambulatório de Especialidades, ⁴Unidade Móvel de Urgência e Emergência, ⁵os percentuais em outros estiveram abaixo de 1%. Dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010.

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

Regiões	Razão fisioterapeutas/1.000 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

*Cálculo realizado a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010, e Censo Demográfico de 2010.

**Figura 1.** Proporção de municípios com fisioterapeutas nos diferentes portes populacionais de acordo com a complexidade de atenção à saúde, segundo dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010.

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 desses 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. Tais fatores atuam influenciando a prática profissional direcionada aos locais de atendimento em níveis de maior complexidade. Esse 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

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

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

Dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2010.

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 nas média e alta complexidades tende a apresentar gastos superiores, com eficiência e efetividade inferiores às organizações centradas em ações da APS²². Nesse 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, essa 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 (AMS)¹¹, desde 1999, o setor privado oferta a maioria dos postos de trabalho médico. Essa 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. Essa 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 subespecializações, 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, nesse 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 apresentem 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 essa 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 esse profissional.

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

Agradecimentos

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

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS [internet]. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. [acesso em 10 julho 2011]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%204.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde [internet]. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. [acesso em 10 julho 2011]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%203.pdf>
5. Solla J, Chiore A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 627-63.
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.
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):941-54.
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, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 107-40.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Análise de alguns indicadores da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2009. [internet]. [acesso em 10 julho 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/comentarios.pdf>
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. [internet] [acesso em 30 janeiro 2012]. Disponível em: <http://www.artigonal.com/medicina-artigos/a-necessidade-de-integracao-entre-os-sistemas-de-informacao-em-saude-543955.html>
14. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN N° 85, de 7 de dezembro de 2004. [internet] [acesso em 10 julho 2011]. Disponível em: <http://www.brasilmetodo.com.br/BrasilMetodo/arquivos/Produtos/Planos%20de%20Saude/RN%2085%20DE%202004%20ANS.pdf>
15. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Instrução normativa – IN n° 11 de 7 de junho de 2005 da diretoria de normas e habilitação dos produtos. [internet] [acesso em 10 julho 2011]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=957
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
17. Rodrigues RM. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. *Rev Perspectivas On-line*. 2008;2(8):104-9.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [internet] [acesso em 10 julho 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencbr.def>
19. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Ciênc Saúde*. 2009;16(3):655-68.
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):145-57.
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, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 333-84.
25. Almeida ALJ, Guimarães RB. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. *Fisioter Pesqui*. [periódico na Internet]. 2009 Mar [citado 2012 Fev 03]; 16(1):82-8. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000100015&Ing=pt.
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 [internet] [acesso em 30 janeiro 2012] Disponível em: http://fisiopatia.files.wordpress.com/2011/03/censo_fisio-e-t-o.pdf.
27. Farias LO. Estabelecimentos de saúde privados no Brasil: questões acerca da distribuição geográfica e do financiamento da demanda. [acesso em 10 julho 2011]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_07_LOtavioFarias_EstabelecimentosSaude.pdf
28. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional COFFITO. Perguntas mais frequentes: quantitativo de profissionais. [internet] [acesso em 11 julho 2011] Disponível em: <http://www.coffito.org.br/faqs/faq.asp>
29. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 12ª Região (Crefito-12). Saber mais para valorizar melhor. *Revista Crefito 12*. Ano 11 - N° 3 - Ano 2010. [acesso em 30 janeiro 2012] Disponível em: http://issuu.com/gutocavalleiro/docs/revista_crefito_censo-atual