

Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1995 a 2008

Alessandra Paiva de Castro,¹ Victor Ribeiro Neves¹
e Giovanni Gurgel Aciole²

Como citar Castro AP, Neves VR, Aciole GG. Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1995 a 2008. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(5):469–76.

RESUMO

Objetivo. Descrever os atendimentos ambulatoriais fisioterápicos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil quanto a sua distribuição geográfica, custos, tipos de procedimento e tipos de prestador.

Métodos. Foram utilizados dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), referentes ao período de 1995 a 2008, que incluíam a quantidade e o valor dos procedimentos aprovados para pagamento pelas Secretarias de Saúde e a quantidade e o valor dos procedimentos apresentados para pagamento. Os coeficientes de atendimento (CoA) foram calculados dividindo-se o número de atendimentos no ano em uma região pela população estimada no mesmo ano e região.

Resultados. O CoA no Brasil em 2008 foi de 0,19 e as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os menores coeficientes (0,13 e 0,10, respectivamente). Entre 1995 e 2007 houve um crescimento no coeficiente nacional de atendimentos de 33,7%, sendo que a região Norte apresentou o maior aumento, de 143,8%, a Centro-Oeste, de 62,1%, e a Nordeste, de 56,1%. O atendimento nas alterações motoras foi o procedimento mais realizado (61,8%) e os valores de pagamento aprovados foram menores que os apresentados pelos gestores dos serviços em 2008 (10,4%). Estabelecimentos privados com fins lucrativos prestaram 44,5% dos atendimentos fisioterápicos pagos pelo SUS em 2008. Os estabelecimentos municipais responderam por 26,6% dos atendimentos e os federais por apenas 0,9%. Entre 1995 e 2007, a quantidade de atendimentos oferecidos pelos estabelecimentos municipais cresceu 278,7%.

Conclusões. Observou-se que a oferta de atendimento fisioterápico ambulatorial pelo SUS ainda é pequena e geograficamente desigual, embora regiões menos desenvolvidas apresentem um maior crescimento no CoA. O SUS remunera inadequadamente os serviços prestados em fisioterapia e ainda o faz, em grande parte, por meio de convênios com estabelecimentos privados.

Palavras-chave

Custos e análise de custo; serviço hospitalar de fisioterapia; modalidades de fisioterapia; serviços de saúde; sistema único de saúde; Brasil.

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Acompanhando a ten-

¹ Departamento de Fisioterapia. Pós-graduandos. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. Correspondência: Alessandra Paiva de Castro, alessandrapaiva2@yahoo.com.br

² Departamento de Medicina. Programa de pós-graduação em Fisioterapia. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

dência internacional, o Brasil tem mostrado nas duas últimas décadas um nítido crescimento deste fenômeno, impulsionado pela queda da taxa de mortalidade e pelos avanços da biotecnologia (1–3). O envelhecimento populacional leva a um aumento da demanda por serviços sociais e de saúde, ocasionado pela deterioração

gradual das condições de saúde física e mental, pelas enfermidades crônicas e progressivas e pela redução da participação no mercado de trabalho (4). O aumento da demanda explícita a necessidade de um aumento da oferta, que deve ser modulada por políticas públicas sociais de seguridade: assistência, previdência e saúde.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que obedeceu aos princípios basilares da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, foi regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde no começo da década de 1990 e trouxe grandes transformações à política de saúde brasileira (5). O sistema pauta-se pelos princípios da integralidade do cuidado, universalidade do acesso e equidade na oferta de bens e serviços, com garantia de participação social (6, 7). Traduzir esses princípios em ações efetivas implica a construção de práticas de promoção e prevenção numa perspectiva multidisciplinar; a adoção de uma prática clínica humanizada, dedicada ao cuidado integral e interdisciplinar por meio de acolhimento, vínculo e responsabilização; o planejamento e gestão desse cuidado com foco no território e na comunidade adjacente; o trabalho em equipe com co-responsabilidade entre profissionais; o estímulo à participação social; a intersectorialidade das ações; a discriminação positiva de saúde; e a substituição de práticas tradicionais fragmentadas pela adequada articulação entre as atividades clínicas e de saúde coletiva.

No que se refere à integração da atuação de novos profissionais de saúde à estratégia de saúde da família, é de especial importância o Pacto da Saúde firmado pelos gestores em 2006 (8) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 (9). O objetivo era ampliar a abrangência e resolubilidade das ações de saúde, apoiando-se na inserção de novos saberes e práticas à rede de serviços, sob a lógica organizacional de uma equipe multiprofissional, e induzindo o processo de territorialização e regionalização das Equipes de Saúde da Família (ESF). Nos NASF estão, portanto, sendo incluídas as novas profissões da saúde, dentre as quais destacamos a fisioterapia. A efetivação da integralidade, que visa ampliar a percepção do profissional frente à complexidade do ser humano e garantir à população o direito à atenção completa em saúde, depende da inclusão de outros procedimentos, como o atendimento fisioterápico (10–13).

Em função desses aspectos, é importante conhecer o perfil da demanda atendida ou com acesso aos serviços de fisioterapia para melhor mensurar os indicadores dessa realidade. O conhecimento e dimensionamento das caracte-

rísticas da oferta desse serviço no país serão decisivos para a fundamentação de estratégias mais específicas nas políticas públicas de saúde. A pesquisa nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO mostrou que as características da oferta de serviços de fisioterapia pela rede pública brasileira ainda não foram descritas na literatura nacional.

Por ser um país de grande extensão geográfica, o Brasil apresenta marcadas variações demográficas e socioeconômicas que conferem uma distribuição desigual também no acesso aos serviços de saúde médico-hospitalares (14, 15). Essa desigualdade poderá ser observada, provavelmente, na comparação dos atendimentos fisioterápicos oferecidos em cada uma das cinco regiões brasileiras. Faltam estudos sobre o custo real dos atendimentos fisioterápicos para os serviços de saúde e sobre sua distribuição geográfica.

Apesar de haver no país uma base de dados de domínio público sobre a produção ambulatorial do SUS, os dados referentes aos atendimentos fisioterápicos ainda não foram analisados, o que deixa uma lacuna de informações importantes a respeito da oferta de fisioterapia pela rede pública. Este estudo objetivou descrever os atendimentos fisioterápicos ambulatoriais prestados pelo SUS no período de 1995 a 2008 quanto à sua distribuição geográfica, custos, tipos de procedimento e tipos de prestador.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo observacional retrospectivo do tipo ecológico. Foram utilizados dados anuais fornecidos pelo Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) referentes à produção ambulatorial do SUS entre os anos de 1995 e 2008 (período a partir do qual as informações estão disponíveis no sistema). Essa base de dados é de domínio público, mantida pelo Ministério da Saúde e disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (16). Os dados referentes aos atendimentos fisioterápicos no período entre janeiro de 1995 e outubro de 1999 foram extraídos da categoria “Item de programação” (código 16) da base, e os dados referentes ao período posterior (entre novembro de 1999 e dezembro de 2007) foram extraídos da categoria “Grupo de procedimento após 10/99” (código 18). A partir de 2008, os dados estão dispo-

níveis em uma base separada e foram extraídos da categoria “Subgrupo de procedimentos” (código 0302).

Os dados do SIH/SUS incluem a quantidade de procedimentos aprovados para pagamento pelas Secretarias de Saúde, a quantidade de procedimentos apresentados para pagamento, o valor aprovado para pagamento pelas Secretarias de Saúde e o valor dos procedimentos apresentados para pagamento. A extração dos dados levou em conta as regiões do país — Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul — e o tipo de prestador — estabelecimento federal, estadual, municipal, privado com fins lucrativos, privado com fins lucrativo optante pelo sistema Simples Nacional (sistema simplificado de arrecadação tributária para microempresas e empresas de médio porte), privado sem fins lucrativos, filantrópico validado pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e sindical.

Os resultados foram convertidos em planilhas do programa Microsoft Excel, juntamente com os dados demográficos fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre a população residente de cada região brasileira nos anos correspondentes, de 1995 a 2008. Os coeficientes de atendimento (CoA) foram calculados dividindo-se o número de atendimentos fisioterápicos no ano em uma região pela população estimada no mesmo ano e região. A análise dos dados foi feita de forma descritiva.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a quantidade de sessões de fisioterapia em âmbito ambulatorial aprovadas para pagamento pelas Secretarias de Saúde em 2008 e o CoA. Houve um total de 36 064 072 atendimentos no Brasil naquele ano, sendo 47,0% no Sudeste, 29,8% no Nordeste, 13,9% no Sul, 5,4% no Norte e 4,0% no Centro-Oeste.

O CoA no Brasil em 2008 foi de 0,19, indicando que de cada cinco brasileiros, um recebeu uma única sessão de fisioterapia no ano. As regiões Sudeste, Nordeste e Sul apresentaram coeficientes próximos do valor da média nacional; as regiões Norte e Centro-Oeste, porém, apresentaram coeficientes menores (0,13 e 0,10, respectivamente), cerca da metade do valor das outras regiões.

A Figura 1 mostra a série temporal dos CoA entre 1995 e 2007 por região. Verificou-se um crescimento no CoA

TABELA 1. Número de sessões de fisioterapia e coeficiente de atendimentos, por região do Brasil, 2008

Região	Número de sessões de fisioterapia em 2008	População estimada em 2008	Coeficiente de atendimentos ^a
Norte	1 955 297	15 142 684	0,13
Nordeste	10 737 441	53 088 499	0,20
Sudeste	16 934 894	80 187 717	0,21
Sul	5 009 970	27 497 970	0,18
Centro-Oeste	1 426 470	13 695 944	0,10
Total	36 064 072	189 612 814	0,19

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

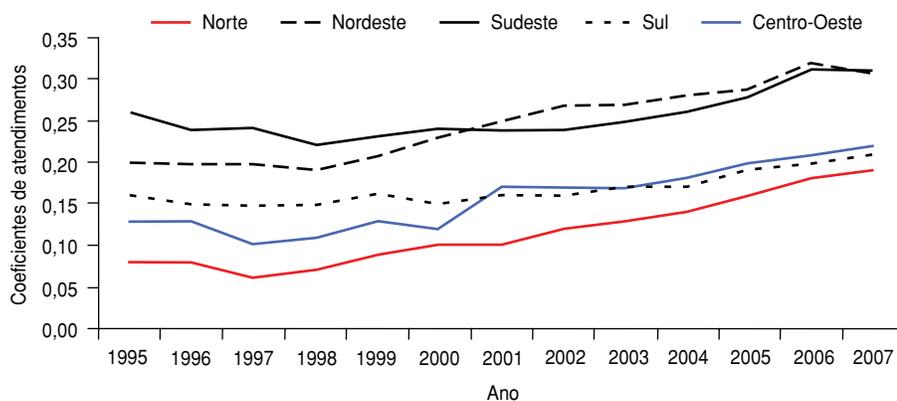
^a Razão entre o número de atendimentos e a população estimada.

cipais prestadores nas demais regiões. Os estabelecimentos filantrópicos estão entre os três tipos mais importantes de prestadores no Nordeste, no Sudeste, no Sul e no Centro-Oeste. Já no Norte, os estabelecimentos estaduais são mais usados pelo SUS para a prestação de atendimento fisioterápico que os filantrópicos.

A maior parte dos atendimentos fisioterápicos ambulatoriais pagos pelo SUS no Brasil foi prestada por estabelecimentos privados com fins lucrativos e corresponde a 44,5% do total. Os estabelecimentos municipais responderam por 26,6% dos atendimentos e os estabelecimentos filantrópicos, por 19,7%. Os estabelecimentos federais tiveram a menor contribuição na prestação de serviços de fisioterapia (apenas 0,9% dos atendimentos) e foram o tipo de prestador que apresentou maior diferença entre os valores apresentados e os valores aprovados: em média os valores aprovados foram 31,4% menores que os valores solicitados pela gestão do estabelecimento. Os valores médios pagos por sessão se assemelharam entre os tipos de prestadores, sendo que os estabelecimentos federais receberam a menor média de valor pago por atendimento.

A quantidade de sessões de fisioterapia autorizadas entre 1995 e 2007 em função do tipo de prestador de serviço pode ser observada na Tabela 5. É importante ressaltar que até 2003 o SIH/SUS não computava informações sobre atendimentos filantrópicos separadamente; os atendimentos prestados por esses estabelecimentos eram contados junto com os privados sem fins lucrativos. Até esse mesmo ano também não eram computados os atendimentos prestados pelos estabelecimentos que usavam o sistema Simples Nacional; esses dados eram somados aos dos estabelecimentos privados com fins lucrativos. A partir de 2004, os dados sobre a prestação de serviços pelas universidades públicas passaram a ser contados juntamente com os serviços prestados pelos estabelecimentos públicos (federal, estadual ou municipal) e os serviços prestados pelas universidades privadas passaram a ser contados como de estabelecimentos privados com fins lucrativos.

Nota-se que entre 1995 e 2007 a quantidade de atendimentos oferecidos pelos estabelecimentos municipais cresceu 278,7%, um aumento superior ao do crescimento na quantidade de atendimentos total nesse período (+57,9%).

FIGURA 1. Evolução dos coeficientes de atendimento em cada região brasileira entre 1995 e 2007

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

total nesse período de 33,7%. Entre 1995 e 1998 houve uma redução de 11,8%, mas a partir desse período houve um aumento em todos os anos. A região Norte foi a que apresentou o maior crescimento no CoA (+143,8%), seguida pelo Centro-Oeste (+62,1%) e pelo Nordeste (+56,1%). As regiões Sudeste e Sul tiveram um crescimento menor: +16,9% e +29,1%, respectivamente.

A Tabela 2 mostra a quantidade de sessões de fisioterapia aprovadas para pagamento pelas Secretarias de Saúde por procedimento em 2008 e a representação percentual de cada procedimento em relação ao total de atendimentos. Pode-se notar que o atendimento fisioterápico nas alterações motoras foi o mais realizado dos procedimentos, totalizando 61,8%. A tabela mostra também os valores apresentados pelos gestores dos serviços referentes à prestação de atendimento fisioterápico em 2008 e os valores aprovados pelas Secretarias de Saúde. Naquele ano foram aprovados

R\$176 479 501,67 para o atendimento em âmbito ambulatorial, para uma requisição de R\$197 milhões. Para todos os procedimentos, os valores aprovados foram menores que os apresentados (em média, 10,4% menores). Para o atendimento de paciente médio queimado, o valor aprovado chegou a ser 20,9% menor, e em paciente com disfunção uroginecológica, 16,8% menor. O valor médio pago por sessão foi de R\$4,89. As diferenças entre os valores aprovados e apresentados são semelhantes entre as regiões brasileiras, como mostra a Tabela 3. O Nordeste foi o estado com a maior diferença, a qual totaliza mais de R\$8 milhões (-13,4%).

Ao analisar a quantidade de sessões de fisioterapia aprovadas em 2008 nas cinco regiões brasileiras em função do tipo de prestador (Tabela 4), é possível notar que os estabelecimentos municipais são o principal prestador de serviços na região Sudeste, enquanto os estabelecimentos privados com fins lucrativos são os prin-

TABELA 2. Número de sessões de fisioterapia aprovadas para pagamento pelas Secretarias de Saúde e valores (em reais) por procedimento, Brasil, 2008

Atendimento fisioterápico	Número de sessões	% do total	Valor apresentado para pagamento	Valor aprovado	Diferença (%)	Valor pago por sessão ^a
Em paciente no pré/pós cirurgias uroginecológicas	67 520	0,19	486 950,95	408 841,35	-16,04	6,06
Em pacientes com disfunções uroginecológicas	71 388	0,20	382 634,90	318 239,45	-16,83	4,46
De paciente com cuidados paliativos	290 209	0,80	1 988 329,95	1 757 817,40	-11,59	6,06
Em paciente oncológico clínico	56 243	0,16	269 162,19	247 514,83	-8,04	4,40
Em paciente no pré e pós cirurgia oncológica	74 609	0,21	472 158,60	427 262,55	-9,51	5,73
Em pacientes com alterações oculomotoras centrais com comprometimento sistêmico	15 507	0,04	102 246,40	93 838,80	-8,22	6,05
Em paciente com alterações oculomotoras periféricas	44 406	0,12	216 524,69	197 971,38	-8,57	4,46
Em paciente com transtorno respiratório com complicações sistêmicas	246 111	0,68	1 677 081,05	1 490 750,50	-11,11	6,06
Em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas	557 919	1,55	2 823 473,67	2 483 956,41	-12,02	4,45
Em paciente com transtorno clínico cardiovascular	96 216	0,27	480 133,37	428 695,19	-10,71	4,46
Em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular	98 025	0,27	663 212,40	594 319,85	-10,39	6,06
Nas disfunções vasculares periféricas	460 063	1,28	2 251 770,51	2 050 650,56	-8,93	4,46
Em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções musculoesquelética	6 537 214	18,13	43 292 329,60	39 639 348,00	-8,44	6,06
Nas alterações motoras	22 273 319	61,76	110 808 581,39	99 405 196,64	-10,29	4,46
Em paciente com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas	1 694 802	4,70	8 458 041,32	7 559 675,41	-10,62	4,46
Em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas	1 849 789	5,13	13 241 608,35	11 220 979,75	-15,26	6,07
Nas desordens do desenvolvimento neuromotor	1 059 136	2,94	5 436 218,55	4 725 886,23	-13,07	4,46
Em paciente com comprometimento cognitivo	381 223	1,06	2 701 289,65	2 313 809,95	-14,34	6,07
Em paciente no pré/pós-operatório de neurocirurgia	166 302	0,46	1 128 334,10	1 007 506,95	-10,71	6,06
Em paciente médio queimado	9 998	0,03	56 289,83	44 510,68	-20,93	4,45
Em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados)	14 073	0,04	69 142,24	62 729,79	-9,27	4,46
Total	36 064 072	100	197 005 513,71	176 479 501,67	-10,42	4,89

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

^a Em reais.

TABELA 3. Valores apresentados para pagamento e valores aprovados (em reais) pelas Secretarias de Saúde para sessões de fisioterapia, Brasil, 2008

Região	Valor apresentado	Valor aprovado	Diferença	%
Norte	10 579 313,96	9 759 066,07	820 247,89	-7,7
Nordeste	60 119 504,28	52 056 563,13	8 062 941,15	-13,4
Sudeste	91 407 775,02	82 614 569,31	8 793 205,71	-9,6
Sul	27 053 782,36	25 101 752,26	1 952 030,10	-7,2
Centro-Oeste	7 845 138,09	6 947 550,90	897 587,19	-11,4
Total	197 005 513,71	176 479 501,67	20 526 012,04	-10,4

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Considerando que os estabelecimentos públicos federais respondem também por grande parte dos atendimentos prestados nas universidades públicas, verifica-se que a sua participação proporcional no total dos tipos de prestadores vem diminuindo.

Os estabelecimentos filantrópicos passaram por um aumento considerável na quantidade de atendimentos prestados pelo SUS entre 2003 e 2007, período em que passou de 4,5 milhões de atendimentos para mais de 10 milhões de atendimentos anuais (+120,6%). São notórios também a queda no número de atendimentos prestados pelas universidades públicas entre 1995 e 2002 e o aumento nos atendimentos prestados pelas uni-

versidades privadas entre 1999 e 2002 (+5 567,6%).

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a utilização dos serviços ambulatoriais de fisioterapia na rede pública de saúde do Brasil em 2008 e sua evolução nos 13 anos anteriores. Verificou-se que, em 2008, o CoA no Brasil foi de 0,19, o que corresponde a apenas uma sessão de fisioterapia para cada cinco brasileiros no ano. A baixa presença do fisioterapeuta nos serviços públicos de saúde pode ser justificada por várias razões, entre elas a não participação histórica do fisioterapeuta nas discussões de política de saúde, tanto no âmbito

dos currículos de graduação como em corporações profissionais, além do pouco número de profissionais em décadas anteriores. Dessa forma, os profissionais da saúde que já estavam organizados e tinham conquistado o mercado de trabalho e cargos políticos, como os médicos, ficaram quase que sozinhos na formulação das políticas públicas. A recente mobilização política de alguns fisioterapeutas nos conselhos municipais e em questões educacionais, além do crescimento da corporação, ocasionou a entrada de fisioterapeutas nos serviços públicos (primeiramente nos setores terciário e secundário e, atualmente, no primário) (13).

Há diversas formas de justificar a entrada do fisioterapeuta na rede pública de saúde, como a Portaria nº 1 065/GM (2005) do Ministério da Saúde, que cria os núcleos de saúde integral, multiprofissionais, para suporte às ESF. Pode-se basear também nos princípios e diretrizes da Lei 8 080/90, que determina que ter acesso aos bens e serviços de saúde, de acordo com a necessidade de cada indivíduo, é direito de todos e dever do Estado em prover. Parece não haver uma explicação no campo teórico para a baixa presença do fisioterapeuta nos serviços públicos. Normalmente, num sistema

TABELA 4. Número de sessões de fisioterapia aprovadas para pagamento pelas Secretarias de Saúde por tipo de prestador de serviços e por região do Brasil, 2008

Região	Tipo de prestador							Total
	Público federal	Público estadual	Público municipal	Privado com fins lucrativos	Privado optante pelo sistema Simples	Privado sem fins lucrativos	Filantrópico com CNAS válido	
Norte	43 050	365 004	481 643	736 462	225 352	24 521	79 265	1 955 297
Nordeste	118 057	430 240	2 244 310	5 129 023	268 823	445 240	2 101 748	10 737 441
Sudeste	104 286	531 016	5 429 709	5 098 609	618 621	805 133	4 347 520	16 934 894
Sul	50 029	47 229	709 185	3 431 841	302 838	152 716	316 132	5 009 970
Centro-Oeste	13 586	174 412	727 264	224 758	14 722	19 820	251 908	1 426 470
Total	329 008	1 547 901	9 592 111	14 620 693	1 430 356	1 447 430	7 096 573	36 064 072

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).
CNAS: Conselho Nacional de Assistência Social.

TABELA 5. Quantidade de sessões de fisioterapia aprovadas para pagamento pelas Secretarias de Saúde, 1995–2007

Ano	Tipo de prestador											Total
	Público federal	Público estadual	Público municipal	Privado com fins lucrativos	Privado optante pelo sistema Simples	Privado sem fins lucrativos	Filantrópico com CNAS válido	Sindicatos	Universitários públicos	Universitários privados	Não identificados	
1995	264 354	1 769 588	4 420 591	16 029 504	0	8 289 767	0	104 446	1 472 761	0	21 803	32 372 814
1996	176 945	1 956 424	5 333 406	14 691 343	0	6 976 015	0	81 447	1 374 978	0	0	30 590 558
1997	166 776	1 948 641	5 620 501	14 565 920	0	6 464 236	0	57 207	1 469 781	0	0	30 293 062
1998	134 715	2 063 943	5 899 843	14 078 972	0	5 917 884	0	63 012	1 484 451	0	0	29 642 820
1999	147 064	2 256 381	6 996 819	14 242 690	0	6 726 849	0	65 446	1 327 648	10 812	0	31 773 709
2000	114 473	2 198 261	7 894 441	15 200 528	0	7 082 793	0	64 800	993 630	421 967	0	33 970 893
2001	171 467	2 319 151	8 097 510	16 066 740	0	8 680 704	0	68 180	1 114 422	558 063	0	37 076 237
2002	185 651	2 419 951	9 265 148	16 545 553	0	8 990 319	0	82 918	1 042 156	612 777	0	39 144 473
2003	747 202	2 376 509	10 278 385	15 737 684	617 781	5 328 685	4 555 532	89 546	439 111	246 462	0	40 416 897
2004	653 794	2 628 847	11 602 448	15 741 827	1 557 055	1 337 894	9 378 752	71 378	0	0	0	42 971 995
2005	645 221	2 733 440	13 569 187	16 737 095	1 817 968	1 353 706	10 302 959	52 218	0	0	0	47 211 794
2006	624 463	2 985 818	16 523 638	18 009 256	1 835 949	1 664 228	10 530 758	67 194	0	0	0	52 241 304
2007	554 739	2 833 868	16 742 393	17 449 036	1 703 437	1 709 693	10 051 322	79 574	0	0	0	51 124 062

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).
Simples: sistema simplificado de arrecadação tributária para microempresas e empresas de médio porte.
CNAS: Conselho Nacional de Assistência Social.

que está centrado nas ações de médicos e enfermeiros e nos serviços hospitalares, a explicação passa pelas questões econômicas, além das razões de conflitos entre profissões que tentam delimitar o espaço de atuação umas das outras (13).

Um estudo sobre o uso dos serviços de fisioterapia da rede pública ou privada, em ambulatório, consultório ou hospitais, realizado no Brasil identificou que a prevalência de utilização da fisioterapia na vida foi de 30,2%, sendo que 4,9% dos entrevistados usaram algum serviço de fisioterapia nos 12 meses anteriores à entrevista. Mulheres, idosos e pessoas de nível socioeconômico alto apresentaram maior uso de fisioterapia. Entre os usuários, 66% usaram o SUS, 25% usaram planos de saúde ou convênios e 9% tiveram consultas particulares (17).

Em outros países foram verificadas taxas maiores de utilização dos serviços de fisioterapia. Um estudo em Curaçao (Antilhas Holandesas) revelou uma prevalência de utilização em um ano de 8,8% (18), ao passo que, numa investigação de registros médicos holandeses, essa prevalência foi de 23,7% (19). Não foram encontrados outros estudos com dados internacionais sobre a utilização da fisioterapia. Isso reflete a escassez de informações a respeito da atuação profissional e da oferta de serviços fisioterápicos, o que impede as comparações entre países.

O SUS orienta-se pelo princípio de acesso universal e igualitário, ou seja, todos os brasileiros, independentemente da região em que residam, devem ter as mesmas possibilidades de utilizar os serviços de saúde quando necessário. Ao analisar

os CoA das cinco regiões brasileiras, é possível perceber uma desigualdade de acesso entre elas: as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram coeficientes cerca de 50% menores que as outras regiões. A disponibilidade de serviços, a disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos e sua distribuição geográfica e os mecanismos de financiamento são características da oferta que afetam o acesso (15). Andersen (1995) (20), ao estudar o padrão de utilização de serviços de saúde da população, verificou que a renda é um “fator capacitante”, indicando que a utilização varia segundo os recursos financeiros das pessoas.

No Brasil, uma pesquisa com dados de 1989 (anterior à implantação do SUS) mostrava uma situação de desigualdades geográficas no acesso aos serviços de

saúde no país. As pessoas residentes nas regiões brasileiras mais desenvolvidas apresentavam maiores taxas de utilização de serviços do que as residentes nas regiões menos desenvolvidas, sendo que as regiões Sul e Nordeste diferiam significativamente nas taxas de utilização (21). Outra pesquisa que comparou as desigualdades sociais e geográficas de acesso aos serviços de saúde em 1998 e em 2003, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e em entrevistas, concluiu que o local de residência afetava o acesso, o qual, por sua vez, melhorava com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região. De forma semelhante ao observado em nosso estudo com o acesso ao atendimento fisioterápico, naquela pesquisa verificou-se que os residentes nas regiões Sudeste e Sul tinham maior acesso aos serviços de saúde do que os residentes nas outras regiões. Os autores observaram ainda que, entre 1998 e 2003, houve melhora no acesso em todas as regiões, com exceção da região Norte (15).

Em relação à fisioterapia, houve um maior aumento do acesso nas regiões menos desenvolvidas, como verificado no presente estudo: as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste foram as que apresentaram os maiores crescimentos nos CoA entre 1995 e 2007. Isso mostra que o crescimento da oferta de serviços de fisioterapia vem ocorrendo de forma dissociada do de outros serviços ambulatoriais de saúde. Pesquisas futuras deveriam voltar-se para o estudo mais detalhado dos fatores que explicam as particularidades do acesso em cada região.

De acordo com Aciole (2006) (14), as configurações estruturais — cursos, profissionais e equipamentos — determinam as diferenças regionais nas possibilidades de acesso. Partindo dessa premissa, é importante considerar a trajetória dos cursos de formação em fisioterapia. Até 1969, ano da regulamentação da profissão, existiam seis escolas para a formação de fisioterapeutas no país. Nos 12 anos seguintes surgiram 14 novos cursos e, em 1984, o número de cursos subiu para 22. Anteriormente à Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de 1996, já existiam aproximadamente 60 cursos no Brasil. Em 1998, já se contava com 115 cursos de graduação em fisioterapia no território nacional e com 249 em 2002. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), esse nú-

mero atingiu, em 2004, 339 cursos assim distribuídos: 204 (60,2%) no Sudeste; 59 (17,4%) no Sul; 41 (12,1%) no Nordeste; 21 (6,1%) no Centro-Oeste; e 14 (4,1%) na região Norte (22). Em pouco mais de uma década (1991–2004), o incremento dos cursos teve a seguinte ordem: 75% na região Norte; 23,5% no Centro-Oeste; 17,1% no Nordeste; 13,3% no Sudeste e apenas 3,5% na região Sul (22). É interessante observar que a distribuição geográfica do crescimento no número de cursos e, conseqüentemente, na oferta de fisioterapeutas coincide com a distribuição geográfica do crescimento no número de atendimentos.

Esta pesquisa verificou que o atendimento fisioterápico de pacientes com alterações motoras foi o mais realizado dos procedimentos em todas as regiões em 2008 (61,8%) e os atendimentos fisioterápicos em pacientes com transtorno respiratório totalizaram apenas 2,2% das sessões. Como os dados coletados se referem a atendimentos ambulatoriais, estes resultados eram esperados, mas é provável que uma análise dos atendimentos intra-hospitalares revele proporções opostas: a chamada “fisioterapia respiratória” costuma ser o procedimento mais requisitado e o mais valorizado pelos médicos durante as internações hospitalares.

O valor médio pago por sessão em 2008 foi de R\$4,89 (\pm US\$ 2, em 12/2008). O SUS segue uma tabela unificada de valores por procedimento realizado. Em julho de 2009, os procedimentos fisioterápicos com os maiores valores pagos custavam R\$6,36 (como nos casos de pré/pós-operatório de cirurgias uroginecológicas, por exemplo) e os de menor valor custavam R\$4,67 (como os de assistência em alterações oncológicas) (16). Estes são valores considerados baixos, especialmente quando os comparamos aos praticados em outros países e aos valores pagos a outros profissionais da área da saúde. No Canadá, em 2000, o valor médio gasto por sessão em clínica de fisioterapia em pacientes com artrite reumatóide era de \$64,31 (23), 20 vezes maior do que o pago em média no Brasil. Um estudo publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que os profissionais da área da saúde (clínicos e enfermeiros) dos países do hemisfério norte têm um salário médio anual maior que os do hemisfério sul, mesmo após ajuste para o custo de vida, com dados em dólar internacional (24).

Freeman e Oostendorp (2000) pesquisaram os salários de 161 profissões em 150 países, de 1983 a 1998, e concluíram que os principais fatores que afetam os salários nos diversos países são a renda per capita e a presença de sindicatos ou instituições que fixam salários (como os conselhos profissionais) (25). No Brasil, o Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos (RNHF), aprovado em 1997, classifica o atendimento por níveis de complexidade do quadro cinético-funcional do indivíduo (níveis de I a IV, que requerem uma remuneração que pode variar de R\$24,00 a R\$120,00), além da avaliação, análise ergonômica, atendimento domiciliar ou testes e exames (que variam de R\$45,00 a R\$105,00, de acordo com a 2ª edição de 2009). Existe um grande esforço atualmente dos Conselhos Nacional e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO e CREFITOs) para que os fisioterapeutas somente assinem contratos com base nesse referencial (13). O ideal seria que o RNHF fosse utilizado como base também para pagamento de contratos de prestação de serviço público, via SUS.

Apesar dos baixos valores oferecidos, muitos estabelecimentos privados aceitam ser credenciados pelo SUS e prestam atendimento fisioterápico para a rede pública, porém não podem manter a qualidade do atendimento individualizado e integral. Na prática, observamos que em tais estabelecimentos um profissional fisioterapeuta atende vários pacientes ao mesmo tempo para que não haja prejuízo financeiro.

As diferenças entre os valores apresentados pelos gestores dos serviços referentes à prestação de atendimento fisioterápico e os valores aprovados para pagamento pelas Secretarias de Saúde decorrem da diferença entre a quantidade solicitada e a quantidade aprovada de atendimentos. No ano de 2007, por exemplo, foram apresentados 57 991 716 atendimentos e foram aprovados 51 124 062 atendimentos (11,8% a menos). As Secretarias de Saúde costumam desaprovar vários procedimentos fisioterápicos diferentes em um mesmo paciente, por julgar que se trata de um acúmulo de serviços que não seria necessário.

A maior parte dos atendimentos fisioterápicos ambulatoriais pagos pelo SUS em 2008 foi prestada por estabelecimentos privados com fins lucrativos (44,5% do total de atendimentos). Os valores pagos por atendimento pelo SUS a esses

estabelecimentos foram menores do que o cobrado por eles pelos atendimentos particulares que prestam e também menores do que a maior parte dos planos de saúde oferece. O Código de Ética Profissional estabelece como dever dos fisioterapeutas a prestação de assistência ao indivíduo independentemente de qualquer consideração relativa a condições socioeconômicas e de modo a que a prioridade no atendimento obedeça exclusivamente a razões de urgência. Entretanto, a discrepância entre os valores recebidos por atendimentos prestados para a rede pública e os valores preconizados pelo RNHF e os recebidos em atendimentos particulares faz com que se dê prioridade a pacientes particulares, aos quais é oferecido atendimento individualizado. Quando o pagamento é feito pelo SUS, os profissionais desses estabelecimentos precisam atender vários pacientes ao mesmo tempo para conseguir obter um lucro mínimo para a clínica. Como quase metade dos atendimentos prestados pelo SUS é feita por meio de estabelecimentos privados com fins lucrativos, é possível perceber que os atendimentos na rede pública perdem em qualidade, ainda que de forma velada. De fato, Machado e Nogueira (2008) pesquisaram o nível de satisfação de 376 indivíduos com o atendimento da fisioterapia em clínicas da rede particular, municipal e estadual e observaram que 53,6% dos usuários da rede privada ficaram "muito satisfeitos" com o atendimento, enquanto apenas 16,9% e 1,7% tiveram esse mesmo nível de satisfação nas redes municipal e estadual, respectivamente (26).

Os estabelecimentos municipais responderam por 26,6% dos atendimentos ambulatoriais de fisioterapia em 2008 e

os estabelecimentos federais por apenas 0,9%. Entre 1995 e 2007, a quantidade de atendimentos oferecida pelos estabelecimentos municipais cresceu 278,7%, um aumento superior ao do crescimento na quantidade de atendimentos total nesse período (+57,9%). Isso reflete a descentralização progressiva que vem sendo implantada pelo SUS. A Portaria 373-GM do Ministério da Saúde publicada em 2002, que trata da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS), amplia a responsabilidade dos municípios com a atenção básica, incluindo a assistência fisioterapêutica como elemento mínimo de média complexidade ambulatorial a ser oferecido pela rede municipal. No que se refere à atenção primária, as políticas públicas vêm desprivilegiando a hospitalização e incentivando estratégias como o Programa de Agentes Comunitários e o Programa de Saúde da Família, os quais prevêem a atuação do fisioterapeuta (13).

A descentralização dos serviços de saúde nas grandes cidades fez aumentar o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de inserir práticas domiciliares. Para que a população não desenvolva problemas de complexidade maior, necessitando de serviços mais especializados e caros, seria adequado o acesso a serviços de fisioterapeutas no nível de atenção primária, com prevalência de ações de promoção, prevenção e proteção específica, e com intervenções de recuperação realizadas imediatamente a seguir ao evento do adoecimento, evitando assim a cronificação ou outros transtornos secundários da doença. Dessa forma, a inserção do fisioterapeuta também nas UBS pode ser uma estratégia para aumentar a qualidade

do atendimento, já que nelas os profissionais são funcionários públicos, com salário fixo, e desde que o local apresente condições adequadas de trabalho podem oferecer à população um atendimento completo e individualizado.

Dentre as limitações do estudo, é necessário destacar que o uso de dados coletados por terceiros pode comprometer a legitimidade da informação, seja pela subnotificação ou por erro de digitação e outros fatores que fogem ao controle dos autores deste estudo.

Contudo, foi possível perceber que a oferta de atendimento fisioterápico ambulatorial pelo SUS ainda é pequena e segue o padrão de desigualdade geográfica apresentado pelos demais serviços de saúde, ainda que as regiões brasileiras menos desenvolvidas estejam passando por um aumento no CoA maior do que as regiões mais desenvolvidas. O procedimento ambulatorial fisioterápico mais realizado na rede pública foi o atendimento das alterações motoras. O SUS remunera inadequadamente os serviços prestados em fisioterapia e ainda o faz, em grande parte, por meio de convênios com estabelecimentos privados. A situação descrita neste estudo indica que é essencial, entre outras iniciativas, o aprofundamento de estudos e pesquisas sobre a questão e a adoção, pelos gestores do sistema de saúde, de mecanismos indutores da expansão do acesso populacional às ações de fisioterapia. É também desejável que a ampliação da política dos NASF em todo o país possa levar à contratação pelo governo de novos profissionais fisioterapeutas em todo o Brasil, em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com salários baseados no RNHF.

REFERÊNCIAS

1. Garcia MAA, Rodrigues MG, Borega RS. O envelhecimento e a saúde. *Rev Ciências Médicas*. 2002;11(3):221-31.
2. Arenillas JIC, Rebelatto JR. Revitalização Geriátrica. In: Rebelatto JR, Morelli JGS, eds. *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. 2ª ed. Barueri: Manole; 2006.
3. World Health Organization. Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241562102.pdf> Acessado em 29 de dezembro de 2006.
4. Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el proyecto multicéntrico: la salud y los ancianos. Washington D.C.: 1997.
5. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2008.
6. Aciole GG. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2007;11:409-26.
7. Aciole GG. O controle social no Sistema Único de Saúde: algumas questões para discussão. *Saúde em Debate*. 2003;27(63): 63-73.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série 2006 pela saúde. Brasília: MS; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: MS; 2008.
10. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2):164-76.
11. Rezende, M. Avaliação da inserção do fisioterapeuta na saúde da família de Macaé/RJ: a contribuição deste profissional para a

- acessibilidade da população idosa às ações de saúde das equipes. Um estudo de caso [dissertação de mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ; 2007.
12. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos Saúde Pública*. 2006;22(6):1171–81.
 13. Caldas MAJ. O processo de profissionalização do fisioterapeuta: o olhar em Juiz de Fora [tese]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
 14. Aciole GG. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindimed; 2006.
 15. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc & Saúde Col*. 2006;11(4):975–86.
 16. SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos)/DATASUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/publicados/consultar> Acessado em 3 de agosto de 2009.
 17. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4):663–8.
 18. Alberts JF, Sanderman R, Eimers JM, Van den Heuvel WJ. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. *Soc Sci Med*. 1997;45:213–20.
 19. Reijneveld SA, Stronks K. The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *Int J Epidemiol*. 2001;30: 1407–14.
 20. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Social Behav*. 1995;36(1):1–10.
 21. Travassos C, Fernandes C, Pérez M. Desigualdade social, morbidade e uso de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz; 1995.
 22. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991–2004. Organizadores: Ana Estela Haddad et al. Brasília: INEP; 2006.
 23. Li LC, Coyte PC, Lineker SC, Wood H, Renahan M. Ambulatory Care or Home-Based Treatment? An Economic Evaluation of Two Physiotherapy Delivery Options for People with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research*. 2000;13(4):183–90.
 24. Dräger S, Dal Poz MR, Evans DB. Health workers wages: an overview from selected countries. Evidence and Information for Policy. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: https://www.who.int/hrh/documents/health_workers_wages.pdf Acessado em 1 de setembro de 2011.
 25. Freeman RB, Oostendorp RH. Wages around the world: pay across occupations and countries. NBER Working Paper Series. Stanford, CA; National Bureau of Economic Research; 2000. Disponível em: <http://papers.nber.org/papers/w8058.pdf> Acessado em 1 de setembro de 2011.
 26. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(5):401–8.

Manuscrito recebido em 14 de agosto de 2010. Aceito em versão revisada em 20 de janeiro de 2011.

ABSTRACT

Regional differences and costs of physical therapy procedures in Brazil's Unified Health System, 1995 to 2008

Objective. Describe the ambulatory physical therapy treatments provided by the Unified Health System (SUS) in Brazil with regard to their geographical distribution, costs, types of procedure, and types of provider.

Methods. Data from the SUS Information Technology Department (DATASUS) were utilized, drawing from the period from 1995 to 2008, which included the quantity and the value of the procedures approved for payment by the Secretariats of Health and the quantity and value of the procedures presented for payment. The treatment coefficients (CoA) were calculated by dividing the number of treatments in a particular year and region by the estimated population of that region in that year.

Results. The CoA in Brazil in 2008 was 0.19 and the North and Center-West regions presented the lowest coefficients (0.13 and 0.10, respectively). Between 1995 and 2007 there was an increase in the national treatment coefficient of 33.7%, with the North region showing the largest increase, 143.8%; the Center-West 62.1%, and the Northeast 56.1%. Treatment for motor disorders was the most widely performed procedure (61.8%), and the values of payments approved were lower than those presented by the managers of the services in 2008 (10.4%). Private for-profit establishments provided 44.5% of the physical therapy treatments paid for by the SUS in 2008. Municipal establishments accounted for 26.6% of the treatments, and federal establishments for only 0.9%. Between 1995 and 2007, the quantity of treatments offered by municipal establishments increased 278.7%.

Conclusions. It was observed that the provision of ambulatory physical therapy treatment by the SUS remains small and geographically unequal, although less-developed regions showed a larger increase in the CoA. The SUS remunerates inadequately the physical therapy services provided and continues to do so, in large part, by means of agreements with private establishments.

Key words

Costs and cost analysis; physical therapy department, hospital; physical therapy modalities; health services; unified health system; Brazil.