

Distribuição dos profissionais e serviços de fisioterapia na saúde pública em Goiás: cobertura assistencial de acordo com variáveis socioeconômicas

Distribution of physiotherapy professionals and services in public health in Goiás: coverage according to socioeconomic variables

Kemil Rocha Sousa ^{1*}

Aurélio de Melo Barbosa ²

Patrícia de Sá Barros ³

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil

² Universidade Estadual de Goiás (UEG), Goiânia, GO, Brasil

³ Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Data da primeira submissão: Março 15, 2022

Última revisão: Junho 22, 2022

Aceito: Junho 29, 2022

Editora associada: Angélica Cavalcanti de Sousa

* **Correspondência:** kemil@pucgoias.edu.br

Resumo

Introdução: A saúde pública no Brasil encontra na saúde coletiva uma transcendência com a produção social, com olhar ampliado à saúde. Na sua complexa estrutura, oferta assistência fisioterapêutica. **Objetivo:** Caracterizar a fisioterapia em Goiás a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Métodos:** Tabularam-se dados de especialidade, município, estabelecimento laboral, carga horária, vinculação, tipo de contrato e estabelecimento, número de fisioterapeutas, esfera administrativa, macrorregião e região de saúde. Correlacionou-se: população geral municipal; pessoas dependente/Sistema Único de Saúde (SUS); Produto Interno Bruto (PIB) per capita municipal; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal; percentual populacional de habitantes dependentes do SUS municipal; número de pessoas cobertas por assistência fisioterapêutica (NPCAF) municipal. **Resultados:** No CNES, referência julho/2019, foram encontrados 2187 fisioterapeutas em estabelecimentos públicos/privados de Goiás, em 3353 postos de trabalho. Nos estabelecimentos que atendem ao SUS foram detectados 1673 fisioterapeutas em 2436 postos de trabalho, sendo 32,9% vinculados à atenção básica e 67,1% à atenção especializada. A carga horária semanal foi de 38 horas e por postos de trabalho, 26 horas. Apenas 30,1% dos municípios tinham NPCAF adequados. As regiões e macrorregiões de saúde apresentaram cobertura inadequada. O NPCAF apresentou correlação inversa com o PIB ($r = -0,20$; $p < 0,001$) e IDH ($r = -0,14$; $p = 0,02$) e direta com a população ($r = 0,46$; $p < 0,001$). **Conclusão:** Goiás apresenta cobertura deficitária em 69,9% dos municípios, nas macrorregiões e regiões de saúde. Expandir postos de fisioterapia é fundamental para a efetivação da universalidade e integralidade da atenção à saúde, reduzindo iniquidade e favorecendo distribuição equânime.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Fisioterapia. Saúde pública.

Abstract

Introduction: Public health in Brazil goes beyond social production, with an expanded view of health. Its complex structure includes physical therapy. **Objective:** To characterize physical therapy in Goiás based on the National Registry of Health Facilities (CNES in Portuguese). **Methods:** Data on specialty, municipality, place of employment, working hours, employment relationship, type of contract and establishment, number of physical therapists, administrative setting, macroregion and health region were tabulated. The following were correlated: municipal population; people dependent on the National Health System (SUS in Portuguese); municipal per capita gross domestic product (GDP); municipal Human Development Index (HDI); percentage of inhabitants dependent on the municipal SUS; number of people covered by municipal physiotherapy (NPCAF). **Results:** In the CNES, (reference July/2019) in Goiás, we found 2,187 physiotherapists in public/private facilities, in 3,353 workplaces. In establishments that serve the SUS, we identified 1,673 physiotherapists in 2,436 workplaces, 32.9% of which are linked to primary and 67.1% to specialized care. The weekly workload was 38 hours and 26 hours per workplace. Only 30.1% of the municipalities had adequate NPCAF. Health regions and macroregions had inadequate coverage. The NPCAF showed an inverse correlation with GDP ($r = -0.20$; $p < 0.001$) and HDI ($r = -0.14$; $p = 0.02$) and a direct correlation with the population ($r = 0.46$; $p < 0.001$). **Conclusion:** Goiás has inadequate coverage in 69.9% of the municipalities, in the macroregions and health regions. Expanding the number of workplaces available to physiotherapists is essential to achieve universal and comprehensive health care, reducing inequity and favoring equitable distribution.

Keywords: Community health. Physiotherapy. Public health.

Introdução

A saúde pública no Brasil enfrenta problemas proporcionais à complexidade e ao tamanho do próprio país por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece à população brasileira seus serviços.¹ Este tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar.²

O sistema de saúde disponibiliza uma base nacional de dados, a partir do Departamento de Informática do SUS (Datasus), que organiza e sistematiza vários sistemas de informação em saúde, inclusive relativos à produção ambulatorial do sistema de saúde, infraestrutura e recursos humanos das unidades de saúde, como o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).³⁻⁶

No cenário de atenção à saúde pública, a fisioterapia tem ganhado gradativamente reconhecimento e notoriedade, mas segue ainda pouco conhecida e utilizada em sua potencialidade pela população. A distribuição desse profissional ocorre de modo irregular, o que provoca uma lacuna no acesso a esse serviço em determinadas regiões; por sua falta, pouco se pode precisar sobre sua relevância para a qualidade da assistência na saúde pública e na cobertura do SUS.^{7,8}

Segundo Matsumura et al.,⁹ a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que haja uma cobertura populacional que atenda a uma relação de um fisioterapeuta para cada 1500 habitantes. Nesse caso, uma vez que um só profissional pode ter mais de um vínculo trabalhista, a relação fica bem estabelecida como um posto de trabalho de fisioterapia para cada 1500 habitantes.

É comum, em Goiás e no Brasil, que haja uma parcela da população que depende exclusivamente do SUS para ter acesso a serviços de saúde. Desta forma, o SUS deveria oferecer serviços de fisioterapia que garantam postos de trabalho assistencial, seguindo a cobertura sugerida pela OMS.^{7,8}

O presente estudo se propõe a mapear a distribuição dos profissionais e serviços de fisioterapia que integram a rede de saúde pública do SUS em Goiás, fornecendo dados para subsidiar a leitura da situação de saúde e do serviço em saúde, bem como de políticas e ações que favoreçam a oferta equitativa deste tipo de atendimento.

Métodos

Trata-se de um estudo analítico e documental baseado em dados do CNES, sistema de informações sobre estabelecimentos de saúde do SUS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (parecer nº 3.432.016) e seguiu as normas éticas brasileiras.

Foram obtidos os seguintes dados secundários dos 246 municípios de Goiás na página eletrônica do CNES,¹⁰ para a competência de julho de 2019:

- Estabelecimentos públicos e privados que prestam serviços de fisioterapia ao SUS; informações quanto ao tipo de atendimento prestado; número de fisioterapeutas; esfera administrativa (pública ou privada); macrorregião e município de localização.

- Informações sobre os fisioterapeutas que atendem ao SUS, a saber: especialidade do profissional; número CNES; município; estabelecimento de trabalho; carga horária; vinculação (autônomo, intermediado, vínculo empregatício); tipo de contrato trabalhista (pessoa física, celetista, contrato por tempo determinado).

As informações foram extraídas manualmente para cada profissional e foram catalogadas em uma planilha do Excel (2016)[®]. Os valores da população que possuía planos de saúde médico-hospitalar por município em Goiás, no mês de julho de 2019, foram obtidos na página eletrônica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹¹ em formato CSV, que foi tratado com a função “tabela dinâmica” no Excel. O número de fisioterapeutas com inscrição ativa no conselho profissional, conforme município de domicílio, foi verificado na página eletrônica do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 11ª Região (CREFITO 11).¹²

Diversas variáveis foram calculadas, utilizando-se a função “tabela dinâmica” no Excel, a fim de atender ao objetivo do trabalho. As variáveis estudadas foram:

- Número de pessoas cobertas por assistência fisioterapêutica (NPCAF), que é o número de cidadãos dependentes do SUS de um município, região ou macrorregião de saúde, cobertos ou atendidos por um posto de trabalho de fisioterapia do SUS. Para interpretação: quanto menor for esse coeficiente, melhor é a cobertura populacional, pois haverá um menor número de pessoas para cada posto de trabalho, assegurando mais vagas de atendimento.

- Proporção populacional de habitantes dependentes do SUS, considerada como sendo a população que não possui plano de saúde e calculada com a fórmula: população dependente do SUS = (população total do município em 2019) - (população que possui planos de saúde médico-hospitalar em julho 2019).

- O produto interno bruto (PIB) per capita de 2017, que era o dado mais recente disponível na página do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e

o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que são variáveis que expressam o desenvolvimento socioeconômico de uma região. Os dados foram colhidos na página do IBGE.¹³

Foram elaborados mapas de distribuição da cobertura de assistência fisioterapêutica nos 246 municípios no mês de julho de 2019, criados com o aplicativo online disponível no Mapa da Saúde de Goiás.¹⁴ Em cada mapa houve uma gradação de cores, em que o município recebia: verde (NPCAF \leq 1500), amarela (NPCAF de 1501 a 2000) e vermelha (NPCAF $>$ 2000). As cores amarela e vermelha indicam que o município tem cobertura inadequada, abaixo do parâmetro sugerido pela OMS.

A estatística inferencial foi realizada no programa estatístico SPSS[®] versão 24. O Teste de Kolmogorov-Smirnov, utilizado para testar a normalidade das variáveis, foi significativo, indicando que as distribuições não eram normais: quantidade de pessoas na população geral de cada município; quantidade de pessoas na população dependente do SUS de cada município; PIB per capita de cada município; IDH municipal; percentual populacional de habitantes dependentes do SUS em cada município; NPCAF municipal. Visto que os dados tinham distribuição não normal, utilizou-se o teste de correlação de Spearman para analisar a existência de correlação ordinal entre essas variáveis supracitadas. Análise descritiva foi realizada para todas as variáveis do estudo. Média e desvio padrão foram usados para as variáveis quantitativas. Rho de Spearman foi utilizado para expressar a correlação de Spearman (r). O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$.

Resultados

No CNES, no que tange dados referentes a Goiás no mês de julho de 2019, foram encontrados 2187 cadastros de fisioterapeutas prestando serviços em estabelecimentos públicos e privados, em 3353 postos de trabalho. Em relação aos estabelecimentos de assistência à saúde que atendem ao SUS, foram detectados 1673 fisioterapeutas em 2436 postos de trabalho. Destes postos de trabalho, 801 (32,9%) eram vinculados à atenção básica e 1635 (67,1%) à atenção especializada à saúde (incluindo estabelecimentos ambulatoriais e hospitais).

Na atenção básica, 281 (35,08%) postos de trabalho de fisioterapia faziam exclusivamente atividades não assistenciais, 515 (64,3%) ofereciam somente atendimento fisioterapêutico ambulatorial e cinco (0,6%) mesclavam atendimento fisioterapêutico e atividades não assistenciais. Na atenção especializada, 354 (21,7%) postos ofereciam atendimento fisioterapêutico exclusivamente hospitalar, 586 (35,8%) faziam atendimento unicamente ambulatorial, 421 (25,7%) ofertavam fisioterapia hospitalar e ambulatorial e 274 (16,8%) combinavam atendimento fisioterapêutico e outras atividades não assistenciais (de gestão). A distribuição da carga horária semanal por postos de trabalhos e por fisioterapeutas que atendem ao SUS, conforme tipo de atividade (outras atividades, assistência ambulatorial,

assistência hospitalar, assistencial e total), está detalhada na Tabela 1.

Dentre os 917 postos de trabalho de atendimento privado, todos relacionados à atenção especializada à saúde, 67 (7,3%) faziam exclusivamente assistência hospitalar, 593 (64,7%) ofereciam somente fisioterapia ambulatorial, 21 (2,3%) ofertavam assistência ambulatorial e hospitalar e 236 (25,7%) combinavam atendimento fisioterapêutico e outras atividades não assistenciais (de gestão). A Figura 1 demonstra a distribuição do NPCAF por município goiano.

Em julho de 2019, apenas 74 municípios (30,1%) tinham NPCAF considerado adequado, conforme preconizado pela OMS, os quais estão representados pela cor verde na Figura 1.

Tabela 1 - Distribuição da carga horária por posto de trabalho e por fisioterapeuta que trabalha em Unidades de Saúde que atendem o Sistema Único de Saúde no estado de Goiás, julho/2019

| Distribuição | Carga horária semanal | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|------|--------------|------|------------|------|-----------------|------|-------|------|
| | Assistencial* | | Ambulatorial | | Hospitalar | | Outras (gestão) | | Total | |
| | Média | DP | Média | DP | Média | DP | Média | DP | Média | DP |
| Fisioterapeuta | 28,4 | 19,3 | 20,8 | 17,9 | 7,7 | 13,5 | 10,2 | 22,7 | 38,7 | 22,8 |
| Posto de trabalho | 19,5 | 14,1 | 14,3 | 13,9 | 5,3 | 9,3 | 7,0 | 12,1 | 26,6 | 10,2 |

Nota: *Ambulatório + hospital; DP = desvio padrão.

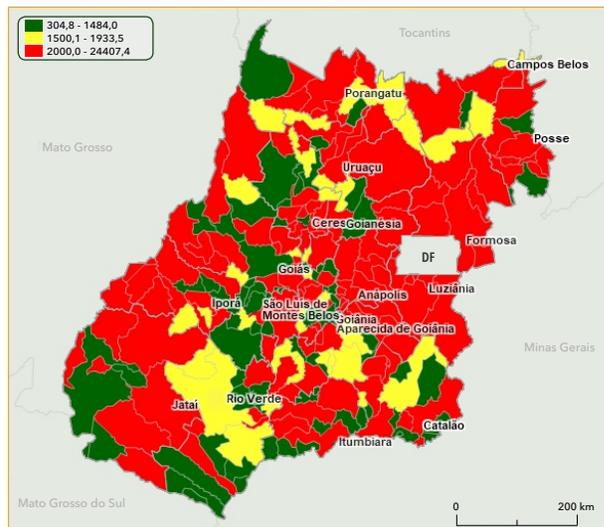


Figura 1 - Cobertura populacional de assistência fisioterapêutica, expressa pelo NPCAF, distribuída por municípios em Goiás. Julho, 2019.

Nota: Em cor verde, os municípios que em julho de 2019 tinham NPCAF (número de pessoas cobertas por assistência fisioterapêutica) considerado adequado, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde: Adelândia, Água Limpa, Aloândia, Alto Horizonte, Americano do Brasil, Anhanguera, Araguapaz, Barro Alto, Britânia, Buriti Alegre, Buriti de Goiás, Cachoeira Alta, Cachoeira de Goiás, Cachoeira Dourada, Campo Alegre de Goiás, Ceres, Cezarina, Chapadão do Céu, Córrego do Ouro, Cristianópolis, Crixás, Cumari, Damolândia, Davinópolis, Diorama, Formoso, Goiânia, Goiás, Gouvelândia, Guarani de Goiás, Guarinos, Inaciolândia, Israelândia, Itaguari, Itajá, Itarumã, Jaupaci, Jesópolis, Joviânia, Lagoa Santa, Mairipotaba, Marzagão, Matrinchã, Mineiros, Moiporá, Morro Agudo de Goiás, Nerópolis, Nova América, Nova Aurora, Ouro Verde de Goiás, Ouidor, Palminópolis, Panamá, Paranaiguara, Paraúna, Perolândia, Pilar de Goiás, Sanclerlândia, Santa Helena de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Santo Antônio da Barra, São Francisco de Goiás, São João da Paraúna, São Luís de Montes Belos, São Miguel do Araguaia, São Miguel do Passa Quatro, São Simão, Sítio D'abadia, Teresina de Goiás, Três Ranchos, Trindade, Turvelândia, Urutai e Vila Propício.

A Figura 2 expõe a distribuição do NPCAF por regiões de saúde de Goiás. Observa-se que nenhuma das regiões apresenta uma cobertura considerada adequada. A região central é a que atinge o resultado mais próximo do número de habitantes por posto de trabalho de fisioterapia recomendado pela OMS,

ficando com 1521,02 habitantes/posto de trabalho de fisioterapia. Vale ressaltar que o município sede desta região é Goiânia, capital de Goiás. A Figura 3 apresenta a distribuição do NPCAF por macrorregiões de saúde de Goiás. Nenhuma das macrorregiões de saúde do estado tem adequada cobertura assistencial de fisioterapia.

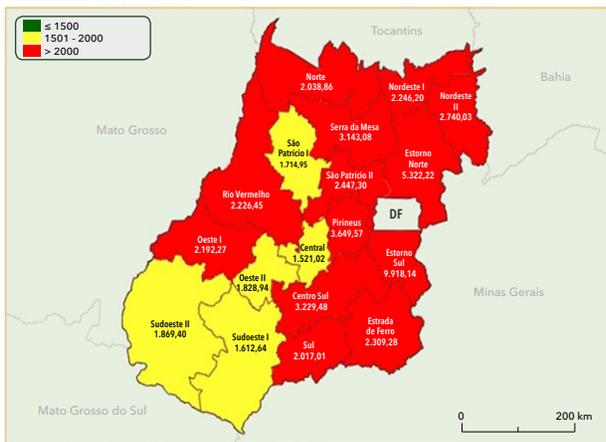


Figura 2 - Cobertura populacional de assistência fisioterapêutica distribuída por regiões de saúde de Goiás. Julho, 2019.

Nota: Utilize o zoom para ampliar a imagem.

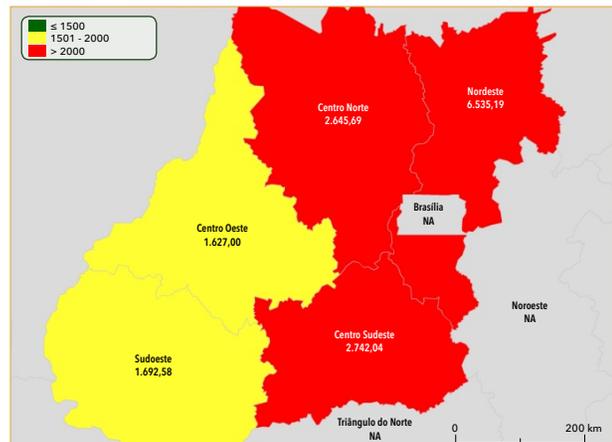


Figura 3 - Cobertura populacional de assistência fisioterapêutica distribuída por macrorregiões de saúde de Goiás. Julho, 2019.

Nota: NA = não aplicável. Utilize o zoom para ampliar a imagem.

A Tabela 2 apresenta as análises estatísticas de correlação entre as variáveis quantidade de pessoas na população geral de cada município, quantidade de pessoas na população dependente do SUS de cada município, PIB per capita de cada município, IDH municipal, percentual populacional de habitantes dependentes do SUS em cada município e NPCAF

municipal. Observa-se correlação significativa entre população total do município e as demais variáveis: população municipal dependente do SUS ($r = 0,99$; $p < 0,001$); NPCAF municipal ($r = 0,46$; $p < 0,001$); PIB per capita 2017 ($r = 0,13$; $p = 0,03$); IDH municipal ($r = 0,26$; $p < 0,001$); porcentagem populacional municipal de habitantes dependentes do SUS ($r = -0,42$; $p < 0,001$).

Tabela 2 - Correlação entre as variáveis municipais estudadas

| Variáveis | População total | | PD SUS | | NPCAF | | PIB per capita | | IDH | | % PD SUS | |
|-----------------|-----------------|---------|--------|---------|-------|---------|----------------|---------|-------|---------|----------|---------|
| | r | valor-p | r | valor-p | r | valor-p | r | valor-p | r | valor-p | r | valor-p |
| População total | - | - | 0,99 | <0,001* | 0,46 | <0,001* | 0,13 | 0,030* | 0,26 | <0,001* | -0,42 | <0,001* |
| PD SUS | 0,99 | <0,001* | - | - | 0,48 | <0,001* | 0,08 | 0,170 | 0,23 | <0,001* | -0,36 | <0,001* |
| NPCAF | 0,46 | <0,001* | 0,48 | <0,001* | - | - | -0,20 | 0,001* | -0,14 | 0,020* | 0,05 | 0,380 |
| PIB per capita | 0,13 | 0,030* | 0,08 | 0,17 | -0,20 | 0,001* | - | - | 0,33 | <0,001* | -0,50 | <0,001* |
| IDH | 0,26 | <0,001* | 0,23 | <0,001* | -0,14 | 0,020* | 0,33 | <0,001* | - | - | -0,53 | <0,001* |

Nota: PD SUS = população dependente do Sistema Único de Saúde; NPCAF = número de pessoas cobertas por assistência fisioterapêutica; PIB = Produto Interno Bruto, 2017; IDH = Índice de Desenvolvimento Humano; r = correlação de Spearman. *Correlação estatisticamente significativa.

Todas as variáveis correlacionaram de forma significativa entre si, exceto: população municipal dependente do SUS e PIB per capita 2017 ($r = 0,08$; $p = 0,17$); porcentagem populacional municipal de habitantes dependentes do SUS e NPCAF municipal ($r = 0,05$; $p = 0,38$).

Discussão

No Brasil, historicamente, uma parte considerável dos profissionais de saúde trabalha em mais de um posto de trabalho. Para a fisioterapia, por força de lei, a carga horária é de 30 horas, mas no presente estudo notou-se uma carga horária mínima de 20 horas e máxima de 44 horas.

Mariotti et al.¹⁵ realizaram um estudo com as características profissionais, de formação e distribuição geográfica dos fisioterapeutas no estado do Paraná e verificaram que 35,5% deles trabalhavam mais do que oito horas diárias; 23,1%, oito horas; 24,9%, seis horas; e apenas 13,8% menos do que seis horas diárias. Já com relação ao número de vínculos empregatícios, 53,3% dos profissionais possuíam um único emprego; 32,6%, dois empregos; 8,2%, três vínculos; 2,1%, mais do que três; e 3,7% afirmaram estar desempregados.¹⁵

Nota-se na presente pesquisa que muitos profissionais trabalham em vários municípios ao mesmo tempo. Dessa forma, ao se fazer o NPCAF de cada município goiano, seria necessário contar o profissional como duas pessoas, o que seria irreal, por isso utilizou-se a relação postos de trabalho por habitante. Além disso, vários fisioterapeutas não residem no mesmo município do local de trabalho, conforme as informações de domicílio disponíveis na página eletrônica do CREFITO 11.¹²

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia ocupacional (COFFITO) estabelece que os profissionais fisioterapeutas estão sujeitos à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho, de acordo com a Lei no 8.856/94.¹⁶ No entanto esta lei refere-se a cada contrato individual, sendo oportunizado à categoria ter mais de um vínculo empregatício desde que nenhum deles individualmente ultrapasse 30 horas.¹⁶

Quando se considera o NPCAF, para garantir uma cobertura adequada de assistência fisioterapêutica à saúde, a OMS recomenda que o valor ideal máximo é de 1500 habitantes/fisioterapeuta.^{5,9} Nesse caso, espera-se que seja um fisioterapeuta ocupando um posto de

trabalho, com uma carga horária laboral semanal típica do país, que no caso do Brasil é de 30 horas.

Relativo aos múltiplos vínculos, Silva¹⁷ ressalta que o fisioterapeuta tem um contato físico intenso com os seus pacientes, o que pode causar grande sobrecarga de trabalho. Não obstante prestarem assistência, optam pela docência a fim de dividir seus conhecimentos e aprimorá-los para a formação de novos profissionais. Ademais, o fisioterapeuta lida diretamente com emoções ligadas ao sofrimento, dor, irritabilidade, ansiedade, incompreensão, morte e tantas outras, fatores que tornam seu trabalho sujeito a desencadear estresse, que pode causar graves prejuízos à vida do profissional.¹⁷ Cabe destacar que a sobrecarga de trabalho pode levar a riscos de adoecimento no trabalho.

Uma vez que o próprio sistema de saúde se preocupa com a atenção primária, nela circunstanciando as ações prioritárias previstas em lei, com vistas a favorecer a prevenção e promoção de saúde, é oportuno ao ente público oferecer ações de valorização do profissional fisioterapeuta, com melhores remunerações e oportunidades de trabalho.

Neste sentido, Batista¹⁸ realizou um estudo com 104 fisioterapeutas que atuam na cidade de Goiânia, com o objetivo de identificar a qualidade de vida no trabalho e os níveis de *burnout*, e encontrou para a categorização exaustão emocional uma prevalência de 38,10% (moderada) e 18,10% (alta). No mesmo estudo, 49,1% dos fisioterapeutas responderam terem dupla ou tripla jornada de trabalho, devido à necessidade de melhora dos rendimentos.

Metzer et al.,¹⁹ ao investigarem aspectos relacionados ao estresse no trabalho de fisioterapeutas de um hospital filantrópico de Belo Horizonte, Minas Gerais, verificaram que 76,3% dos pesquisados apresentaram quadro de estresse ocupacional, sendo 60,5% com estresse leve/moderado e 15,8% com estresse intenso.

Cabe fazer menção que o próprio conselho profissional (COFFITO) estabelece uma carga horária como máxima, mas os profissionais necessitam suplantá-la para suprir suas necessidades. Desta forma, tornam-se necessárias ações públicas e sindicais que valorizem o profissional para que, assim, seja modificada esta situação estressora que implica em redução da qualidade de vida do fisioterapeuta.

Tavares et al.²⁰ descreveram a distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil via análise do CNES em 2010 e encontraram 22238 estabelecimentos com registro

de fisioterapeutas no Brasil, distribuídos em 76% dos municípios do país. Em Goiás, apenas Aporé, Gameleira de Goiás e Rialma não ofertavam postos de trabalho de fisioterapia (1,22% dos municípios do estado), ou seja, Goiás tinha 98,78% de seus municípios com a cobertura de fisioterapeutas; nesse ponto, um valor significativamente positivo quando comparado aos dados nacionais.²⁰

No que tange a distribuição dos postos de trabalho em Goiás nos níveis de atenção de saúde, 32,9% foram encontrados na atenção básica e 67,1% na atenção secundária e terciária (especializada), enquanto na análise nacional de Tavares et al.²⁰ apenas 13% de todos os cadastros eram vinculados à Atenção Primária à Saúde e 87% estavam concentrados na atenção secundária e terciária. Mariotti et al.¹⁵ verificaram que a maioria dos fisioterapeutas trabalha em mais de um nível de atenção à saúde (69,8%), sendo 71,6% na atenção secundária, 69% na terciária e 49,7% na primária, além dos 18% que atuam na docência.

Apesar de a maior parte dos profissionais encontrarem-se na atenção secundária e terciária em Goiás, segundo dados do presente estudo, Mariotti et al.¹⁵ demonstram uma melhor distribuição do profissional fisioterapeuta nos diferentes níveis de atenção, com certa valorização das ações primárias, o que provavelmente decorre do histórico da profissão; no entanto, um número já expressivo trabalha na atenção primária, que está se desenvolvendo e sendo estimulada pelas políticas públicas mais recentes.¹⁵

Apesar da importância da fisioterapia na atenção básica de saúde, com o desenvolvimento de ações de elaboração de programas de qualidade de vida e educação em saúde, propostas de mudanças de hábito de vida, avaliações das funções musculoesqueléticas e ergonômicas,¹⁵ ou ainda a despeito da proposta de criação da Política Nacional de Saúde Funcional apresentada na 13ª Conferência Nacional de Saúde, que segue ativa na agenda política nacional, inexistente legislação que obrigue a inserção do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), causando um grande entrave para favorecer uma maior distribuição de fisioterapeutas na atenção primária.^{8,21}

Em relação à análise da distribuição na atenção especializada, 21,7% dos postos de trabalho ofereciam atendimento fisioterapêutico exclusivamente hospitalar, 35,8% faziam atendimento unicamente ambulatorial,

25,7% ofertavam fisioterapia hospitalar e ambulatorial e 16,8% combinavam atendimento fisioterapêutico e outras atividades não assistenciais (gestão), o que se assemelha ao estudo nacional de Tavares et al.,²⁰ que aponta a atenção ambulatorial como responsável por 57%, seguida pela hospitalar com 29%.

Quanto à distribuição municipal das coberturas populacionais de assistência fisioterapêutica, 30,1% dos municípios goianos se apresentam adequados quanto à oferta do profissional fisioterapeuta a sua população, um valor ainda pouco equânime para a maioria dos municípios do estado.

Nesse sentido, esta pesquisa corrobora em parte os autores Matsumura et al.,⁹ que afirmam que estudos referentes à distribuição quantitativa de profissionais fisioterapeutas e às suas porcentagens por municípios no sistema de saúde no Brasil apresentam um arranjo impreciso. Isto deprecia a relevância da profissão para a melhora da qualidade na saúde pública, bem como a importância em ter esse profissional inserido no SUS.

Medeiros e Calvo²² realizaram estudo similar ao do presente trabalho e verificaram a existência de 6471 fisioterapeutas cadastrados no Crefito-10, o que estabelece uma relação aproximada de 1000 habitantes para cada fisioterapeuta no estado de Santa Catarina, sendo que são 1,4 milhões de beneficiários de planos de saúde, levando a crer que 4,8 milhões de pessoas são atendidas pelo SUS. Segundo o estudo, em fevereiro de 2013 estavam cadastrados no CNES 1349 fisioterapeutas vinculados ao SUS, estabelecendo uma relação de 3,5 mil usuários para cada fisioterapeuta.²² Evidencia-se a caracterização da fisioterapia como essencialmente privada, uma vez que o pequeno número de profissionais atendendo usuários do SUS não se justifica pela falta de profissionais no mercado, mas devido à carência de serviços de fisioterapia no sistema público de saúde.

Segundo Matsumura et al.,⁹ há elevada concentração de fisioterapeutas apenas nos grandes centros populacionais, o que difere do estudo de Medeiros e Calvo,²² onde foram encontradas as piores relações de cobertura nas regiões mais populosas de Santa Catarina. Em Goiás, dos 74 municípios adequados à relação ideal preconizada pela OMS, apenas dois dos quatorze com mais de 100 mil habitantes apresentaram-se adequados (Goiânia e Trindade), enquanto 40 dos 74 municípios adequados apresentam menos de 5 mil habitantes.^{9,20}

Neste estudo, pode-se inferir que quanto maior a população total do município (e maior a frequência

absoluta de pessoas na população dependente do SUS do município), maior a NPCAF, ou seja, menor a cobertura populacional ofertada pelo SUS de assistência fisioterapêutica. Isto indica que municípios goianos mais populosos apresentam dificuldade em atingir o parâmetro sugerido pela OMS de ofertar serviços de fisioterapia em quantidade adequada à população, garantindo mais vagas de atendimento.

Por outra vertente, há uma correlação inversa estatisticamente significativa entre o percentual populacional de habitantes dependentes do SUS e a população total do município (ou a população municipal dependente do SUS), que sugere que os municípios mais populosos têm uma menor proporção (percentual) de população dependente do SUS, com maior percentual de população coberta pela saúde suplementar (planos e seguros de saúde). Talvez este fato estimule que haja menor cobertura de assistência fisioterapêutica (maior NPCAF) por uma falácia cultural: o gestor acredita que toda a população está coberta, já que há grande oferta de serviços privados de fisioterapia. Isto, porém, não garante o acesso da população carente, totalmente dependente do SUS, que nem sempre tem recursos financeiros para custear um tratamento fisioterapêutico, que geralmente é caro por ser prolongado e exigir vários atendimentos.

Destaca-se também que quanto maior o IDH do município goiano, menor o NPCAF; ou seja, quanto maior o IDH, maior a cobertura assistencial, sugerindo que os municípios goianos mais desenvolvidos conseguem garantir maior cobertura populacional de assistência fisioterapêutica. Um maior desenvolvimento econômico, social e educacional também é uma variável relevante para a qualidade da oferta de serviços públicos de saúde.

Quanto maior o PIB per capita do município, menor o NPCAF, logo, maior a cobertura assistencial, indicando que os municípios goianos mais ricos (com maior PIB per capita) conseguem garantir maior cobertura populacional de assistência fisioterapêutica. Um adequado financiamento é uma variável importante para garantir uma maior cobertura assistencial, fator que reflete a qualidade dos serviços públicos de saúde.

É importante salientar que não há correlação estatística significativa entre o NPCAF municipal e o percentual populacional municipal de habitantes dependentes do SUS. Isto significa que os municípios com menor percentual de população dependente do

SUS (e maior percentual de população coberta por saúde suplementar) não garantem maior cobertura assistencial que os municípios com maior percentual de população dependente do SUS. A cobertura populacional de assistência fisioterapêutica no SUS, portanto, é uma variável que depende mais do desenvolvimento econômico, social e cultural do município do que do tamanho populacional ou da cobertura de serviços privados disponíveis para os municípios (espera-se que essa cobertura seja expressa pelo tamanho da população coberta por saúde suplementar: quanto maior essa população, maior a quantidade de serviços privados disponíveis).

Adicionalmente, há uma correlação entre o tamanho total da população municipal e o PIB per capita ou IDH, ou seja, municípios mais populosos tendem a ser mais ricos e mais desenvolvidos, porém são os que oferecem pior cobertura assistencial de fisioterapia pelo SUS, como já visto. Se há muitos serviços privados disponíveis nos municípios mais populosos, que também são os mais ricos, não seria difícil contratar esses serviços para atender o SUS, como saúde complementar a este, uma vez que existe maior arrecadação de impostos pelas prefeituras. Identifica-se, entretanto, que a cobertura adequada de serviços no SUS não é prioridade dos gestores de grandes municípios, como a capital goiana.

O fisioterapeuta é um dos profissionais mais importantes dentro dos serviços de saúde e a oferta deste serviço deve ser valorizada para a atenção integral à saúde. No entanto ainda há muito a ser trabalhado nesse sentido no estado de Goiás e no Brasil, apesar de essa mesma situação ser observada em diferentes regiões do mundo. O 16º Relatório da Costa Rica sobre o desenvolvimento humano sustentável,²³ que fez um levantamento das necessidades de um grupo de pessoas com deficiência e de suas famílias, cobrindo diferentes tipos de deficiência e diferentes áreas do país, apontou déficit na oferta de fisioterapia em 40% dos casos. A preocupação da oferta deste profissional e a importância do mesmo são uma realidade nos EUA desde 1973, como demonstram Gentry e Mathews,²⁴ que verificaram a situação de secretarias de saúde e hospitais daquele país e apontaram a necessidade de fisioterapeutas em hospitais e departamentos de saúde.

Zogg et al.²⁵ afirmam que se os indivíduos avaliados em seu estudo tivessem uma expansão de seu seguro de saúde, e com isso a possibilidade de serem submetidos à reabilitação, teria-se um potencial de melhorar a

qualidade de vida e os resultados funcionais de mais de 60 mil pacientes adultos vítimas de trauma anualmente nos EUA, afetando diretamente a saúde de algumas das populações mais vulneráveis do país.

Em um estudo de coorte prospectivo realizado em Ontário, no Canadá, Landry et al.²⁶ avaliaram as consequências da exclusão da fisioterapia do financiamento público de saúde devido à implementação de uma política de saúde. Os autores verificaram que os pacientes que continuaram recebendo a oferta de fisioterapia tinham dez vezes mais chances de relatar um estado de saúde muito bom ou excelente em comparação àqueles que não receberam os serviços.²⁶ McNaughton et al.²⁷ apresentaram a mesma preocupação com a oferta de fisioterapia na Nova Zelândia e concluíram que para maximizar os resultados para os pacientes com acidente vascular encefálico, ainda são necessárias melhorias no fornecimento de unidades dedicadas à reabilitação, intensidade da reabilitação e acesso à reabilitação imediata na comunidade.

Esta pesquisa é altamente relevante porque a quantidade de investigações relacionadas à fisioterapia no contexto da saúde pública, em particular em Goiás e suas regiões e macrorregiões de saúde, são escassas. Seus resultados, contudo, devem ser interpretados com certas restrições: trata-se de registros secundários disponíveis no banco do CNES, cujo acesso é público, sendo restrita a obtenção de outras informações como perfil sociodemográfico, dados sobre a formação profissional, remuneração e documentos pessoais; esta pesquisa abrange apenas um determinado período de tempo (julho de 2019) e apenas o estado de Goiás, sendo necessários estudos adicionais conduzidos com os demais estados da federação. Sugerem-se estudos com todos os estados brasileiros para maior conhecimento da realidade da fisioterapia no SUS.

Conclusão

Conclui-se com este estudo que em julho de 2019 existiam em Goiás, segundo o CNES, 1673 cadastros de fisioterapeutas prestando serviços em estabelecimentos públicos/privados que atendem ao SUS, distribuídos em 2436 postos de trabalho. Desses postos de trabalho, 801 (32,9%) eram vinculados à atenção básica e 1635 (67,1%) à atenção especializada à saúde (incluindo estabelecimentos ambulatoriais e hospitais).

Apesar de Goiás ter 98,78% de seus municípios com a cobertura de fisioterapeutas, não há uma distribuição equânime dos postos de trabalho, sendo que a cobertura desse profissional para o SUS está deficitária em 69,9% dos municípios goianos e em todas as macrorregiões e regiões de saúde do estado. Este estudo encontrou um NPCAF de 2381 habitantes dependentes do SUS para cada posto de trabalho de fisioterapia no SUS, quando analisada toda a população do estado de Goiás, indicando uma baixa cobertura de assistência fisioterapêutica.

O NPCAF apresenta correlação inversa com o PIB per capita e com o IDH municipal e correlação direta com o tamanho populacional; ou seja, há correlação direta entre maior cobertura populacional de assistência fisioterapêutica e maior IDH e PIB per capita, e correlação entre maior tamanho populacional e menor cobertura assistencial. Os municípios mais populosos, mesmo sendo mais ricos e desenvolvidos, têm maiores NPCAF, com pior cobertura. Os municípios menos populosos, mais pobres e menos desenvolvidos, têm pior cobertura. Já os municípios menos populosos, mas mais ricos e desenvolvidos, são os que apresentam maior cobertura de assistência fisioterapêutica.

Contribuição dos autores

KRS foi responsável pela concepção, redação e delineamento do estudo. AMB e PSB, pela revisão do trabalho, delineamento metodológico e orientação. Todos os autores analisaram e interpretaram os dados, como também aprovaram a versão final.

Referências

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saude Soc.* 2017;26(2):329-35. [DOI](#)
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia I, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011;377(9779):1778-97. [DOI](#)
3. Ministério da Saúde. Sistemas de informação da atenção à saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS. Brasília: Cidade Gráfica; 2015. 166 p. [Link de acesso](#)

4. Cavalcante RB, Kerr-Pinheiro MM, Guimaraes EAA, Miranda RM. Panorama de definição e implementação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. *Cad Saude Publica*. 2015;31(5):960-70. [DOI](#)
5. Rocha TAH, Silva NC, Barbosa ACQ, Amaral PV, Thumé E, Rocha JV, et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(1):229-40. [DOI](#)
6. Pelissari MR. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. *R Saude Publ*. 2019;2(1):159-65. [DOI](#)
7. Costa LR, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16(5):422-30. [DOI](#)
8. Maia FES, Moura ELR, Medeiros EC, Carvalho RRP, Silva SAL, Santos GR. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba*. 2015;17(3):110-5. [Link de acesso](#)
9. Matsumura ESS, Sousa Jr AS, Guedes JA, Teixeira RC, Kietzer KS, Castro LSF. Distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas no Brasil. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(3):309-14. [DOI](#)
10. Ministério da Saúde. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [acesso 26 mar 2019]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br>
11. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Dados e indicadores do setor. Brasília: ANS; 2019 [acesso 10 jun 2019]. Disponível em: <https://tinyurl.com/epkh2w4e>
12. CREFITO-11. Portal da transparência: dados estatísticos. Brasília: CREFITO 11; 2019 [acesso 22 ago 2019]. Disponível em: <https://crefito11.gov.br/transparencia/>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama. 2020 [acesso 27 mar 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/panorama>
14. Secretaria de Estado da Saúde. Mapa da Saúde. Goiânia: 2019 [acesso 30 jul 2019]. Disponível em: <https://tinyurl.com/ydst2ary>
15. Mariotti MC, Bernadielli RS, Nickel R, Zeghbi AA, Teixeira MLV, Costa Filho RM. Características profissionais, de formação e distribuição geográfica dos fisioterapeutas do Paraná-Brasil. *Fisioter Pesqui*. 2017;24(3):295-302. [DOI](#)
16. Brasil. Lei nº. 8856, de 1º de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Brasília: Diário Oficial da União; 2 mar 1994. [Link de acesso](#)
17. Silva PLA. Estresse em fisioterapeutas de Goiânia-GO [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2015. 122 p. [Link de acesso](#)
18. Batista DA. O ser fisioterapeuta: desenvolvimento profissional e qualidade de vida no trabalho [dissertação]. Goiânia: Faculdades ALFA; 2010. 127 p. [Link de acesso](#)
19. Metzker CAB, Moraes LFR, Pereira LZ. O fisioterapeuta e o estresse no trabalho: estudo em um hospital filantrópico de Belo Horizonte. *Gest Tecnol*. 2012;12(3):174-96. [Link de acesso](#)
20. Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil: análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES/2010. *ConScientiae Saude*. 2016;15(1):53-61. [DOI](#)
21. Maia HF, Sousa CS, Oliveira KGF. Os debates ancestrais e atuais acerca do que é saúde e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: contribuições para compreensão das possibilidades de uma política nacional de saúde funcional. *Rev Brasil Saude Func*. 2014;1(1):53-63. [Link de acesso](#)
22. Medeiros GAR, Calvo MCM. Serviços públicos de média complexidade ambulatorial em fisioterapia vinculados ao Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. *Rev Saude Publ Santa Cat*. 2014;7(2):7-16. [Link de acesso](#)
23. Gallardo MJ. Salud en Costa Rica: Incorporar el enfoque de capacidades para evaluar la equidade. San José: Consejo Nacional de Rectores; 2010. [Link de acesso](#)
24. Gentry JT, Mathews JS. Rehabilitation services for the sick and disabled: Where do we stand in providing comprehensive health services? *Phys Ther*. 1973;53(8):837-48. [DOI](#)

25. Zogg CK, Scott JW, Metcalfe D, Gluck AR, Curfman GD, Davis KA, et al. Association of medicaid expansion with access to rehabilitative care in adult trauma patients. *JAMA Surg.* 2019;154(5):402-11. [DOI](#)

26. Landry MD, Deber RB, Jaglal S, Laporte A, Holyoke P, Devitt R, et al. Assessing the consequences of delisting publicly funded community-based physical therapy on self-reported health in Ontario, Canada: a prospective cohort study. *Int J Rehabil Res.* 2006;29(4):303-7. [DOI](#)

27. McNaughton H, McRae A, Green G, Abernethy G, Gommans J. Stroke rehabilitation services in New Zealand: a survey of service configuration, capacity and guideline adherence. *N Z Med J.* 2014;127(1402):10-9. [PubMed](#)