

APROXIMAÇÕES SOBRE A ESTRUTURA DO MERCADO PRIVADO DE FISIOTERAPIA DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

Hellen dos Santos Barreto

Graduanda em Fisioterapia /ISECENSA/RJ
hsbhfisio@bol.com.br

Raquel Miguel Rodrigues

Mestre em Saúde Coletiva/UFRJ/RJ
raqmig@terra.com.br

RESUMO

Diante da realidade assistencial fisioterapêutica ser predominantemente privada é evidente a necessidade de avaliação deste mercado. Além disso, a escassez de estudo que aborda este tipo de análise aponta para a direção de se buscar evidências empíricas locais que auxiliem os gestores, profissionais de saúde e usuários na regulação destes serviços. A fim de contribuir com o debate acerca da avaliação de serviços de saúde bem como sua regulação propõe-se identificarem variáveis da estrutura do mercado de serviços privados de Fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes. A proposta metodológica abordará a estrutura do mercado privado de serviços de Fisioterapia de Campos dos Goytacazes a partir da natureza do produto, tipo e quantidade do produto oferecido, barreiras de entrada, formas de aquisição do produto (convênios público e privado), assimetria de informação. As fontes serão obtidas através de uma entrevista com o gestor privado e fonte de base de dados secundários (Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde – CNES/MS e Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – AMS/IBGE). Instrumentos de Coleta: Roteiro para entrevista com o gestor; Consulta pela internet das bases de dados secundários; Análise dos dados: Entrevistas serão agrupadas por categorias; Dados das bases de dados secundários serão apresentados por quadros e tabelas; Procedimentos Metodológicos: Revisão bibliográfica; Identificação dos serviços privados de Fisioterapia; Contexto geral dos serviços de Fisioterapia do Município; Entrada no campo de pesquisa. Encontrou-se um total de 232 estabelecimentos de serviços de fisioterapia por natureza de organização, sendo 46 estabelecimentos eminentemente privado da assistência fisioterapêutica. Identificou-se que os serviços privados de fisioterapia envolvidos ofertam, predominantemente, ações de média complexidade direcionadas às alterações funcionais traumato-ortopédicas, o que corrobora com a maioria das referências bibliográficas encontradas. Percebe-se a necessidade de se ampliar a atuação da fisioterapia no sistema privado e público de saúde, em todos os níveis de complexidade. A presença do fisioterapeuta no setor público é ainda pequena e o vínculo maior entre este profissional e o SUS é ao setor privado.

Palavras - Chave: Fisioterapia, Mercado, Privado.

ABSTRACT

Due to the reality of the attendance in physiotherapy to be predominantly private is evident the need of evaluation of this market. Besides, the study shortage that approaches this analysis type appears for the direction of looking for local empiric evidences that aid the managers, professionals of health and users in the regulation of these services. In order to contribute with the debate concerning the evaluation of services of health as well as his/her regulation proposes variables of the structure of the market of private services of Physiotherapy of the municipal district of Campos dos Goytacazes be identified. The methodological proposal will approach the structure of the private market of services of Physiotherapy of Campos dos Goytacazes starting from the nature of the product, type and amount of the offered product, entrance barriers, forms of acquisition of the product (agreements public and private), asymmetry of information. The sources

will be obtained through an interview with the private manager and source of base of secondary data (I Register National Establishments of Health of Ministry of Health - CNES/MS and Research of Attendance Practices medicine Sanitary of the Brazilian Institute of Geography and Statistics - AMS/IBGE). Instruments of Collection: Itinerary for interview with the manager; He/she consults for the internet of the bases of secondary data; Analysis of the data: Interviews will be contained by categories; Data of the bases of secondary data will be presented by pictures and tables; Methodological procedures: Bibliographical revision; Identification of the private services of Physiotherapy; General context of the services of Physiotherapy of the Municipal district; Entrance in the research field. It was found a total of 232 establishments of physiotherapy services by nature of organization, being 46 establishments eminently private of the attendance in physiotherapy. It was identified that the private services of physiotherapy involved present, predominantly, actions of average complexity addressed to the traumato-orthopedical functional alterations, what corroborates with most of the found bibliographical references. It is noticed the need to enlarge the performance of the physiotherapy in the private and public system of health, in all of the complexity levels. The physiotherapist's presence in the public section is still small and the larger bond between this professional and SUS is to the private section.

Keywords: Physiotherapy, Market, Private

1. INTRODUÇÃO

Percebe-se que, no decorrer da história, a Fisioterapia sofreu todas as oscilações, passando pela atuação curativa na antiguidade, pela estagnação na Idade Média, pela atuação preventivo-curativa no Renascimento encerrando com a atuação puramente curativa no período de Industrialização (PEREIRA, 2004).

A gênese e o desenvolvimento da Fisioterapia no Brasil ocorreram a partir de demandas sociais, políticas e econômicas vigentes no país ao longo da segunda metade do século XX e em conformidade com a prática sanitária da atenção médica (REZENDE, 2007).

Segundo Ribeiro (2001), como sempre tem acontecido nas ações e atividades à saúde, os determinantes econômicos tiveram grande peso na origem e organização da Fisioterapia.

A formação, a pesquisa e, conseqüentemente, a prática da Fisioterapia estão direcionadas, prioritariamente, para a clínica de reabilitação e para os centros de terapias hospitalares. Há a tendência no ensino superior de Fisioterapia em valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas. Talvez aqui resida o determinismo do caráter predominantemente clínico e limitado aos locais de atendimento em níveis secundário e terciário de atenção à saúde na prática do Fisioterapeuta (RODRIGUES, 2008a).

Outro fator que corrobora com a limitação do campo de atuação da Fisioterapia pode estar atrelado à produção científica na área que vem crescendo lentamente no Brasil. A literatura tradicional utilizada nos cursos de graduação tem na sua maioria, origem em outros países, como Estados Unidos, França, Austrália (BLASCOVI-ASSIS & PEIXOTO, 2002 *apud* RODRIGUES, 2008). Tal cenário promove perspectivas de atuação a partir de dados coletados em países com diferenças culturais, epidemiológicas e até mesmo de sistemas de saúde distantes da realidade nacionais, o que sinaliza “(...) a necessidade de uma investigação mais integral a partir da realidade local” (RODRIGUES, 2008:104).

A Fisioterapia ganhou espaço em empresas privadas, associações esportivas, clínicas particulares, hospitais, centros de reabilitação e centros de saúde, estes com maior vínculo na saúde pública (PEREIRA, 2004). Tal crescimento exige uma demanda de qualificação dos profissionais, uma participação maior em pesquisas e uma constante evolução através de estratégias para avaliação dos serviços de fisioterapia.

No Brasil, houve e está havendo, uma grande expansão de atenção à saúde, oferta de novas tecnologias, desenvolvimento de modelos assistenciais diversos e crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde. Estas condições exigem racionalização às decisões e práticas pela Gestão Pública (NOVAES, 2000).

A reorientação do sistema de saúde brasileiro implica pelo menos uma tripla abordagem em que se buscam superar a insuficiência e má distribuição dos recursos que constituem a infra-estrutura dos serviços,

estabelecer uma nova forma de gestão que substitua a excessiva centralização, a pluralidade do mando e a desarticulação programático-funcional entre as instituições do setor, ao tempo em que se introduzam mudanças organizacionais que impliquem a construção de novo(s) modelo(s) assistencial (ais) com base nos princípios de territorialização, acessibilidade, integralidade e equidade (TEIXEIRA, 2000 apud MIRANDA, 2002).

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é hoje um desafio posto para os gestores públicos, os provedores de serviços públicos e privados, os trabalhadores da área da saúde e os usuários do sistema. Construir uma rede de serviços de qualidade que garanta a integralidade do acesso à população a toda a tecnologia disponível põe também como um destes desafios. A extensão de cobertura à população aos cuidados na área da fisioterapia se insere hoje como prioridade. Neste sentido à fisioterapia são impostos enigmas que necessitam ser decifrado: de um lado ampliar a sua cobertura na atenção básica se inserindo junto das atividades desenvolvidas pela estratégia saúde da família, e de outro avaliar a eficácia e a eficiência dos atuais serviços que são colocados à disposição da população através da rede pública e privada (PEREIRA 2004).

Neste sentido, diante da realidade assistencial fisioterapêutica ser predominantemente privada e, quando pública, na maioria das vezes, também é ofertada por serviços privados, é evidente a necessidade de avaliação deste mercado. Além disso, a escassez de estudo que aborda este tipo de análise aponta para a direção de se buscar evidências empíricas locais que auxiliem os gestores, profissionais de saúde e usuários na regulação destes serviços.

Diante deste contexto, o estudo pretende identificar as variáveis que repercutiram sobre a estrutura destes serviços de saúde. Tal cenário poderá também colaborar na formulação de políticas públicas locais de regulação, melhorar a capacidade preditiva dos profissionais fisioterapeutas e gestores em geral, permitindo planejar a instalação ou ampliação de serviços de Fisioterapia além de fornecer instrumentos para a regulação do processo de expansão destes serviços em situações semelhantes.

1. OBJETIVOS

2.1-Geral:

O estudo pretende identificar as características estruturais do mercado de serviços privados de Fisioterapia local.

2.2- Específicos:

- Identificar a natureza do produto ou serviço;
- Identificar o tipo e quantidade de serviço oferecido;
- Identificar as barreiras de entrada e as formas de aquisição (convênios) do produto;
- Verificar a existência ou não de orientação para o paciente ou se há assimetria de informação.

2. METODOLOGIA

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os sujeitos da pesquisa sendo o estudo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do ISECENSA (CEP-ISECENSA) conforme os padrões para pesquisa envolvendo seres humanos sob resolução nº 196/96, aprovada na 59ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 10 de outubro de 1996, que estabeleceu os princípios para pesquisas em seres humanos com o protocolo (0017.0.413.000-08).

Considerando o setor saúde “*um espaço simultâneo de inovação e acumulação de capital*” (GADELHA, 2003:523), o mercado seria o espaço concreto onde os capitais se defrontam. A compreensão da dinâmica do mercado “*com suas características específicas em função das histórias locais*” (ANDREAZZI ET AL, 2006: 56) poderia contribuir para a construção de políticas públicas mais efetivas.

A atenção à saúde demanda bens e serviços de diversos prestadores que, no âmbito do mercado, se caracteriza por apresentar uma morfologia altamente idiossincrática (KATZ e MUNOZ, 1988 *apud* RODRIGUES, 2008a). Além disso, estudos do setor de serviços de fisioterapia são incipientes gerando diversas perguntas quanto às possibilidades de avaliação bem como de regulação destes serviços.

A forma como o mercado de serviços de saúde, no nosso caso o de fisioterapia, se estrutura, pode indicar como os serviços foram instalados no município em função das características do serviço fornecido, nesta perspectiva este estudo poderá ampliar o conhecimento acerca do próprio sistema local de saúde.

3.1- Fontes:

3.1.1- Fontes primárias: entrevista com o gestor privado, ou seja, com o profissional fisioterapeuta responsável.

3.1.2- Fontes secundárias: base de dados secundários (Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde – CNES/MS e Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – AMS/IBGE).

3.2- Instrumentos de coleta:

3.2.1- Roteiro para entrevista com o gestor baseado nos estudos de RODRIGUES (2008a) e ANDREAZZI ET AL (2006), abordando as características estruturais do serviço de fisioterapia como: natureza do produto oferecido; tipo e quantidade do produto oferecido (quantos procedimentos são realizados por hora, quantos profissionais atuam e carga horária; barreiras de entrada; formas de contratos (convênios público e privado), assimetria de informação.

3.2.2- Consulta pela internet das bases de dados secundários oficiais como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde – CNES/MS e Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – AMS/IBGE).

3.3- A análise dos dados:

3.3.1- Os achados das entrevistas serão agrupados por categorias como um dos métodos da análise de conteúdo, proposta por BARDIN (1977), em função das características estruturais adotadas pelos atores, basear-se-à nos fatores que interferem na estrutura dos serviços privados como contribuições para a análise. A categorização seria uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo a realidade, de acordo com os critérios previamente definidos. O critério de categorização pode ser semântico, ou seja, por categorias temáticas que, no caso do estudo proposto, serão organizadas a partir das diferentes características estruturais encontradas.

3.3.2- Os dados das bases de dados secundários serão apresentados por quadros e tabelas e, posteriormente, serão analisados de forma descritiva.

3.4- Procedimentos metodológicos:

3.4.1- Revisão bibliográfica: como primeira etapa deste estudo procedeu-se um levantamento bibliográfico preliminar de publicações-chave da área biomédica e econômica de periódicos especializados da área de regulação de mercados de saúde, particularmente da Fisioterapia procurou-se rastrear referências e informações relacionadas a estes serviços.

3.4.2- Identificação dos atores ou serviços privados de Fisioterapia: os serviços serão identificados através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sendo selecionados os serviços que apresentarem consultório isolado e natureza de organização privada.

3.4.3- Contexto geral dos serviços de Fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes: a partir dos dados do Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde – CNES/MS e Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – AMS/IBGE) serão identificados as variáveis estruturais dos serviços ofertados de Fisioterapia, contemplando: quantidade; natureza da organização – se é pública ou privada; tipo de atendimento; profissionais; convênios – SUS e não - SUS.

3.4.4- Entrada no campo de pesquisa: A entrada no campo de pesquisa é uma etapa incerta no que se refere à cooperação dos sujeitos – empresa, órgãos públicos e representantes dos usuários com o pesquisador, no nosso caso, com o responsável/gestor Fisioterapeuta. Neste momento, a tarefa de programar as entrevistas, como um dos elementos importantes para entrada no campo, não importando a habilidade do entrevistador, como mencionado por PORTER (2004), será um processo importante para o

cumprimento do cronograma. Ao acertar a entrevista, será importante oferecer a contrapartida do entrevistador ao entrevistado, como uma troca pelo uso do seu tempo. Apresentaremos algumas observações relacionadas ao estudo, através do termo de consentimento livre e esclarecido para a apresentação do entrevistador com uma descrição sucinta sobre o objeto e objetivos do estudo.

A partir da revisão bibliográfica, houve certo consenso entre os autores consultados em relação à predominância de oferta privada de serviços de fisioterapia e organização em consultórios e clínicas. Face ao contexto, ao consultar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), selecionamos somente, para fins de identificação dos atores, àqueles cuja natureza de organização fosse privados e se apresentassem como consultórios isolados.

Após a seleção dos serviços, foram encontrados 08 (oito) estabelecimentos de fisioterapia com as características acima mencionadas. Primeiramente, os responsáveis pelos estabelecimentos foram contactados pelo telefone para verificar os endereços. Todos haviam mudado de endereço e 03 (três) dos 08 (oito) estabelecimentos não funcionam mais. Desta forma, a amostra reduziu-se para 05 (cinco) estabelecimentos. Inicialmente, as entrevistas foram agendadas pessoalmente com cada fisioterapeuta responsável pelos estabelecimentos selecionados. Todas as entrevistas seguiram de preenchimento, por parte do fisioterapeuta, de algumas das perguntas do roteiro (Anexo 01), devido solicitação dos mesmos ao entrevistador. Algumas das perguntas sobre perspectivas futuras, investimentos a serem realizados necessitaram de tempo para a resposta, por isso os roteiros foram entregues e depois captados pelo pesquisador com agendamento prévio. Este procedimento gerou a perda de 02 (dois) dos entrevistados, pois os mesmos não retornaram o roteiro no tempo hábil para a análise. Diante de tal fato, a amostra limitou-se a 03 (três) entrevistas.

Em relação ao cadastro das unidades prestadoras de serviços de saúde, percebe-se que há discordância entre os dados consultados e a realidade em relação à atualização e fidedignidade das informações. As atualizações constantes no CNES são instrumentos imprescindíveis para a regulação assistencial (SANTOS & MERHY, 2006). Porém, de acordo com a referência cruzada entre a pesquisa de campo e os dados cadastrais do CNES, percebe-se que a atualização dos mesmos ainda ocorre de forma lenta, assim como encontrado no estudo de RODRIGUES (2008a).

Talvez neste sentido, seria interessante investigar se o município em questão estabelece um fluxo claro de atualização e controle da qualidade dos dados, o que sugere a hipótese de possíveis inconsistências nas informações fornecidas por este sistema.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dos Institutos Superiores do Censa, em 15/05/2009.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- Contexto Geral dos Serviços de Fisioterapia de Campos dos Goytacazes

A Cidade de Campos dos Goytacazes está localizada na região Norte do Estado do Rio de Janeiro, aproximadamente a 279 km da capital estadual, Rio de Janeiro, com uma área de 4.037 km², sendo o maior município do Estado e possuindo uma população de 426.154 (quatrocentos e vinte e seis mil cento e cinquenta e quatro) habitantes (IBGE, 2007).

A região onde está situado o atual município era habitada por índios Goitacás, Guarulhos e Puris. Sua colonização foi iniciada por Miguel Aires Maldonado, na primeira metade do século XVII. Naquela época, predominava a pecuária, que atendia o mercado do Rio de Janeiro. Durante a segunda metade do século XVII e a primeira do século XVIII, a região foi sacudida por violentos conflitos pela posse da terra, entre os herdeiros.

No século XVIII, a atividade açucareira consolidou-se e desenvolveu-se, tanto em grandes latifúndios como em pequenas propriedades, expandindo-se, no século XIX, inicialmente nos engenhos e, mais tarde, em usinas.

Campos dos Goytacazes teve muita importância no século XIX pela sua poderosa aristocracia agrária, surgida através da atividade açucareira, influenciando enormemente na política e no poder do Império. Elevada à Cidade em 1835, abandonou o absoleto porto de São João da Barra, passando a utilizar o de Imbetiba. Com a inauguração da ferrovia Campos-Macaé e a construção de rodovias, expandiram-se à indústria açucareira e a cultura do café.

Em 1974, foi descoberto amplo lençol petrolífero no campo de Garoupa, na plataforma continental da Bacia de Campos, o que contribui significativamente, com pagamento de royalties em sua receita municipal. Atualmente, Campos é a cidade mais populosa fora da Região Metropolitana do Rio e a oitava maior incluindo todos os municípios do estado.

É o maior município do interior do Estado em população e o maior do estado em extensão territorial.

De acordo com o CNES (2009) a rede de serviços do Sistema Municipal de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes oferece 55(cinquenta e cinco) Unidades Básicas de Saúde, 13(treze) Postos de Saúde, 05(cinco) Policlínicas, 03(três) Centro de Atenção Psicossocial, 02(dois) Hospitais Gerais, 02(dois) Pronto Socorro, 02(dois) Unidades de Vigilância em Saúde, 01(um) Consultório Isolado, 01(um) Ambulatório Especializado e 01(um) clínica de Regulação de Serviço da Saúde como mostra o Quadro 01 abaixo.

Quadro 01 – Quantidade por tipo de estabelecimento: público, privado e filantrópico no município de Campos dos Goytacazes, 2009

Tipo de Estabelecimento	Privado (%)	Filantrópico (%)	Público (%)	Total (%)
Consultório isolado	71 / 30,53	01 / 0,43	01 / 0,43	73 / 31,39
Hospital Geral	04 / 1,72	03 / 1,29	02 / 0,86	09 / 3,87
Hospital Dia	01 / 0,43	-	-	01 / 0,43
Hospital Especializado	04 / 1,72	01 / 0,43	-	05 / 2,15
Policlínica	08 / 3,44	01 / 0,43	05 / 2,15	14 / 6,02
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	-	-	55 / 23,65	55 / 23,65
Clínica Especializada/ Ambulatório Especializado	28 / 12,04	01 / 0,43	01 / 0,43	30 / 12,9
Posto de Saúde	-	-	13 / 5,59	13 / 5,59
Pronto Socorro geral	-	-	02 / 0,86	02 / 0,86
Pronto Socorro especializado	04 / 1,72	01 / 0,43	-	05 / 2,15
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia	19 / 8,17	-	-	19 / 8,17
Unidade de Vigilância em Saúde	-	-	02 / 0,86	02 / 0,86
Centro de Atenção Psicossocial	-	-	03 / 1,29	03 / 1,29
Total	138 / 59,77	08 / 3,44	85 / 36,12	232

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2009.

Nota-se também, a distribuição dos mesmos por natureza de organização, ou seja, se são públicos, privados ou filantrópicos. Do total de 232 estabelecimentos, 138 (cento e trinta e oito) ou 59,7% (aproximadamente) são privados, 85 (oitenta e cinco) ou 36,12% são públicos, 08 (oito) ou cerca de 3,44%, são filantrópicos (Quadro 01). Percebe-se a predominância de oferta pública de tecnologias de cuidados de baixa complexidade, como as da atenção básica (Bahia, 2001), como as Unidades Básicas de Saúde, que representa menor grau de incorporação tecnológica.

A possível segmentação da oferta, já revelada por BAHIA (2001) e SANTOS & GERCHMAN (2004) e ARANTES (2004) *apud* RODRIGUES (2008a), corrobora com a tendência crescente de especialização do setor privado em ofertar produtos de maior complexidade, em áreas que tradicionalmente só eram cobertas pelo setor público.

4.2 – Variáveis estruturais:

4.2.1- Natureza do Produto:

Após a transcrição das entrevistas, iniciou-se a análise das mesmas onde algumas variáveis foram consideradas para a análise como: natureza do produto, tipo de produto, quantidade do produto, barreiras de entrada, formas de aquisição do produto e assimilação de informações.

Em relação aos serviços de Fisioterapia, o município apresenta um total de 46 (quarenta e seis) estabelecimentos de Fisioterapia sendo 23 (vinte e três) privados, 18(dezoito) filantrópicos e 05(cinco) são públicos verificados no Quadro 02 abaixo.

Quadro 02 – Quantidade por tipo de estabelecimento: privado, filantrópico e público no município de Campos dos Goytacazes, 2009

Tipo de Unidade / Natureza da Organização	Privado (%)	Filantrópico (%)	Público (%)	Total (%)
Consultório Isolado	8 / 17,36	-	-	8 / 17,36
Clinica Especializada	6 / 13,02	1 / 2,17	1 / 2,17	8 / 17,36
Policlínica	2 / 4,34	2 / 4,34	1 / 2,17	5 / 10,85
Hospital	5 / 10,85	2 / 4,34	3 / 6,51	10 / 21,70
Centro de Saúde Unidade Básica	-	10 / 21,70	-	10 / 21,70
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia	2 / 4,34	-	-	2 / 4,34
Posto de saúde	-	3 / 6,51	-	3 / 6,51
Total	23 / 49,91	18 / 39,06	5 / 10,85	46

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES 2009

Tal achado corrobora RODRIGUES (2008b), RIBEIRO (2002), PEREIRA (2004), CALDAS (2006) que reportam sobre a distribuição eminentemente privada dos serviços de fisioterapia e concentradas no setor secundário. A natureza de organização dos serviços no município Quadro 02, também demonstra o caráter privado da assistência fisioterapêutica (23 dos 46 serviços, ou seja, 49,9%).

O quadro a seguir, Quadro 03, apresenta a presença ou não de convênio SUS. A maioria dos serviços privados não presta assistência conveniada ao SUS, apenas cerca de 13% dos serviços privados apresentam este tipo de convênio. Desta forma, delega-se ao poder público à responsabilidade de implantação destes serviços, o que, muitas vezes, não traduz na prática uma assistência capaz de atender a maioria da população.

Quadro 03 – Unidades prestadoras de serviços de fisioterapia por Natureza de Organização que apresentam ou não Convênio com o SUS do município de Campos dos Goytacazes, 2009

Natureza da Organização / Convênio	SUS		Não-SUS	
	Instituições	%	Instituições	%
Privado	06	13	17	37
Filantrópico	05	11	0	0
Público	18	39	0	0

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES- 2009

Diversos autores acreditam que esta lógica de distribuição pode estar atrelada à própria história do surgimento da profissão.

No Brasil, segundo REBELATTO & BOTOMÉ (1999), diversos fatores fortaleceram a concepção de fisioterapia no país como uma atuação reabilitadora. A incidência de poliomielite no Brasil, na década de 50, atingia índices alarmantes e, como consequência, a quantidade de indivíduos portadores de seqüelas motoras e que necessitavam de uma reabilitação para a sociedade era muito grande.

A industrialização, juntamente com as grandes guerras, foram fatores determinantes para a Fisioterapia se firmar como uma profissão necessária para a recuperação do indivíduo lesado. Na indústria, a relação capital e trabalho exigem do trabalhador esforços, posturas e movimentos repetitivos incompatíveis com a sua capacidade fisiológica, gerando problemas físicos como dores, incapacidades temporárias e até permanentes. De lá para cá, as exigências de produção foram aumentando, e o trabalhador ficando cada vez mais sujeito às lesões causadas pela sua atividade laboral (COPETTI, 2000).

As definições de fisioterapia desta época foram criadas a partir de propostas de outros países ou de outras áreas e foram baseadas na reabilitação.

A fisioterapia, na sua origem e no decorrer da história, assim como as demais profissões da área de saúde, direcionaram os seus trabalhos e a sua atuação profissional para as atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, reforçando a concepção de cura ou reabilitação. Atualmente a preocupação desta profissão está voltada a um campo mais amplo que determinam a prevenção, promoção e manutenção da saúde, além da reabilitação e reintegração social do indivíduo (COPETTI, 2000).

Esta concepção é reforçada por Deliberato (2002), quando afirma que o caminho do profissional Fisioterapeuta na direção das ações preventivas, em vez de centralizar-se no modelo curativo, representa na verdade uma via inteligente e exequível, apoiando-nos na proposta filosófica que afirma: contrariar ou interceptar uma causa é evitar ou dissipar o efeito.

4.2.2- Tipo de Produto:

Para o nosso estudo, identificou-se 08(oito) serviços de fisioterapia para serem entrevistados, de acordo com os procedimentos metodológicos já comentados, sendo realizado um total de 03 entrevistas. Tais serviços serão identificados, para fins de discussão, como serviço X, Y e Z.

Os estabelecimentos entrevistados são privados e apresentam características semelhantes no que diz respeito ao tipo de produto, com uma concordância na especialidade clínica, onde encontramos o primeiro estabelecimento, caracterizado pelo serviço X, utilizando a Fisioterapia Aplicada a Traumatologia-Ortopedia, RPG, Neurologia, Reumatologia e Articulação Temporo-Mandibular. O segundo estabelecimento, que será o serviço Y, também utiliza a Fisioterapia Aplicada à Traumatologia-Ortopedia, Reumatologia, Neurologia adulto e infantil, RPG com ênfase em Terapia Manual. E o terceiro estabelecimento, reconhecido pelo serviço Z, utiliza a Fisioterapia Aplicada à Traumatologia-Ortopedia e Reumatologia.

Segundo Copetti (2000) o fisioterapeuta poderá atuar em diferentes áreas de especialidades, sendo as mais conhecidas: a ortopedia, neurologia, cardiologia, angiologia, ergonomia, reumatologia, dermatofuncional (estética), reabilitação de queimados, pediatria, ginecologia e obstetrícia, geriatria, pneumologia, desportiva, oncologia, tendo as seguintes especialidades reconhecidas: Acupuntura; Quiropraxia; Osteopatia; Fisioterapia Pneumo-funcional; Fisioterapia Neuro-funcional e, mais recentemente, Fisioterapia Esportiva.

Por ser uma profissão que envolve conhecimentos bastante amplos, o fisioterapeuta poderá atuar em diversos locais, entre os quais destacamos: Hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, nas áreas que envolvam a saúde coletiva, na educação, nas indústrias de equipamentos de uso fisioterapêuticos, no esporte e outras. Desta forma, a formação do fisioterapeuta requer uma visão interdisciplinar, com uma formação geral consistente, porém, que permita o seu efetivo desempenho em diferentes situações de atuação profissional (COPETTI, 2000).

Segundo a mesma autora, os princípios da fisioterapia são: a promoção, manutenção e recuperação da saúde através de recursos de base que são: Eletrotermoterapia – é a utilização de correntes elétricas, do calor e do frio como formas terapêuticas; Cinesioterapia – é a utilização dos movimentos do corpo como forma de promover, manter ou recuperar funções; Mecanoterapia – são utilizados aparelhos mecânicos como forma de facilitação ou resistência aos movimentos.

4.2.3- Quantidade do Produto:

Segundo informações de cada responsável pelos estabelecimentos, o serviço X atua com somente 01(um) Fisioterapeuta/turno logo, se por dia atende-se 25(vinte e cinco) pacientes, e se a clínica funciona cerca de 08 horas/dia, portanto a relação fisioterapeuta/paciente/dia será de 03(três) pacientes por hora. Já o serviço Y atua com 03(três) Fisioterapeutas/turno logo, se por dia atende-se 30(trinta) pacientes, e se a clínica funciona cerca de 05 horas/dia, logo a relação fisioterapeuta/turno/dia será de 02(dois) paciente por hora. O serviço Z atua com 05(cinco) Fisioterapeutas/turno, logo se por dia atende-se 18(dezoito) paciente, e se a clínica funciona cerca de 08 horas/dia, portanto a relação fisioterapeuta/turno/dia será de 0,5 paciente por hora.

O SUS apresenta uma Portaria Ministerial de número 1.101 de 2002, que prevê recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras. A Portaria em questão estabelece parâmetros de cobertura assistencial e produtividade, apresentando também a capacidade de produção, em consultas, de alguns recursos humanos na área de saúde. No caso da fisioterapia, preconiza-se, pela Portaria, 4,4 atendimentos por hora. Tal parâmetro comparado com os achados dos serviços revela que os mesmos funcionam dentro da sua capacidade de produção.

Porém, esta comparação pode não traduzir a qualidade do atendimento prestado, pois estes parâmetros foram construídos a partir das séries históricas de produção ambulatorial do SUS. Considerando que, atualmente, contamos com um Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos - RNHF, aprovado em 1997 e atualizado em 2007, que classifica o atendimento por níveis de complexidade do quadro cinético-funcional do indivíduo, nota-se que um parâmetro único para determinar a capacidade de produção do fisioterapeuta não será adequado. Levando em conta o possível acometimento funcional: neurológico, respiratório, cardiovascular, músculoesquelético, endócrino metabólico, linfático ou vascular periférico, seqüelas de queimados e em condições de pré e pós-cirúrgico, além da avaliação, análise ergonômica, atendimento domiciliar ou testes e exames, fica evidente que um único parâmetro assistencial não conseguirá adequar à realidade. Assim, existe um grande esforço atualmente pelo sistema COFFITO e CREFITO para que os fisioterapeutas somente assinem contratos com base nesse referencial (CALDAS, 2006).

Para a autora, a rotina de trabalho, número de sessões e tempo de tratamento deveria ser determinado pelo fisioterapeuta. Por fim, para que possam exercer com qualidade o atendimento, seria importante que permanentemente estivessem engajados em programas de educação continuada (cursos de atualização profissional, pós-graduações *lato e stricto sensu*) com acesso a redes de estudo (banco de dados de artigos, revistas científicas, etc.).

4.2.4- Barreiras de Entrada e Formas de Aquisição:

Uma característica marcante encontrada nos relatos foi à prestação de serviço através de sua inscrição como autônomo, recebendo por produtividade. Esta remuneração por produtividade muitas vezes ainda é dividida com o proprietário da clínica, sendo este médico ou o próprio fisioterapeuta, assim como relatado por Caldas (2006).

O serviço X apresentou o maior número de convênios e o fisioterapeuta responsável relatou dificuldades em conveniar-se pelas exigências distintas para cada plano. Os serviços Y e Z apresentaram um número menor de convênios e também destacaram dificuldades em conveniar-se aos planos privados.

Segundo Caldas (2006), a maioria dos planos e seguros de saúde não oferece uma forma mais fácil de conveniar, uma vez que fazem muitas exigências impedindo ou até dificultando a entrada do estabelecimento no convênio.

Desta forma, nota-se que a maior barreira de entrada, na visão dos profissionais entrevistados, foi o estabelecimento de convênios com os planos ou seguros de saúde.

De acordo com Caldas (2006) a má remuneração por parte dos planos e seguros em algumas áreas de atuação em nível ambulatorial fica quase que impossibilitadas de criar um campo de atuação promissor, como, por exemplo, em casos de seqüelas neurológicas, em que o tempo de intervenção por sessão é longo e exaustivo para o fisioterapeuta. Além disso, o paciente necessitará de várias sessões por semana,

impossibilitando as famílias de executarem esses tratamentos particulares, dependendo dos serviços oferecidos pelos planos de saúde.

A realidade local parece ilustrar um pouco o que ocorre em outras localidades, como em Juiz de Fora cenário de pesquisa de Caldas (2006), e pode sinalizar a tendência de inovações no mercado para superar esta barreira. Certamente o aprofundamento no debate acerca de novas formas de ofertar o serviço, através de sistemas de cooperativas de trabalho, por exemplo, poderiam abrir uma “janela” de oportunidade no mercado de serviços de fisioterapia. Além disso, o fortalecimento do debate junto às entidades representativas sindicais, do conselho e associações é essencial para encontrar soluções.

No âmbito do setor privado, a concorrência parece estar sendo determinada pela diferenciação do produto, tanto em relação à incorporação de equipamentos quanto à especialização dos profissionais. Porém, percebe-se ainda uma reprodução da prática curativa, segmentada e podendo ser pouco resolutiva na qual prevalece a utilização de equipamentos em detrimento às manobras corporais. Tal fato traduz o reconhecimento que a população constrói diante destas práticas como não resolutivas ou pouco resolutivas (RODRIGUES 2008b).

4.2.5- Assimetria de Informações:

A orientação dada ao paciente durante o atendimento, segundo a visão dos serviços entrevistados, é parte importante na avaliação do atendimento aos pacientes, havendo orientação, por parte dos Fisioterapeutas, nas atividades da vida diária principalmente e continuação de alguns exercícios em casa, como relata o responsável pelo serviço Y:

“As orientações são para melhorar e facilitar as atividades de vida diária e permitir aos familiares e acompanhantes o manuseio correto do paciente”.

No estudo realizado por Magalhães (2002), no Hospital Militar de Ceará, “no que diz respeito às orientações sobre os cuidados que deveriam ter durante as atividades diárias, 88,4% dos usuários relataram tê-las recebido dos fisioterapeutas”.

Apesar do achado ser importante, não houve maior detalhamento por parte do instrumento utilizado para compreender quais recursos é utilizado para realizar a orientação e como é feito. Neste sentido, tal procedimento poderia ser mais aprofundado em estudos posteriores.

5 - CONCLUSÃO

Como menciona Copetti (2000) é válida a observação de que as origens da profissão Fisioterapia têm grande relação com o seu momento atual. Porém, destaca-se que esta profissão vem avançando no campo do conhecimento e da área de atuação profissional, sendo que o Fisioterapeuta a ser formado deverá ser dotado de capacidade para atuar com competência e senso crítico, com capacidade de buscar o bem estar do seu paciente e a evolução da sua profissão através de estudos continuados e pesquisas. Muitos estudos foram feitos, muitos avanços ocorreram e a evolução foi marcante. O Fisioterapeuta, que antes era visto como um auxiliar médico, hoje é um profissional dotado de capacidade para avaliar e tratar o seu paciente de forma autônoma, com conhecimentos suficientes para tal ação. No Brasil, esta profissão de quase quarenta anos, vem ganhando espaço, novas áreas surgiram e as especializações se destacam como práticas cada vez mais seguras. O profissional Fisioterapeuta atualmente é conhecido como parte integrante e necessária da equipe de saúde, e está cada vez mais voltado à busca da melhor condição de vida do ser humano.

O Fisioterapeuta encontra-se, atualmente, reorientando a sua formação, com ética, competência técnica e maturidade social para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da nossa população. As armas deste profissional são as próprias mãos, a inteligência, a emoção e a natureza, que se completam e se apoiam em estratégias técnico-científicas de educação, participação popular, prevenção, tratamento, desenvolvimento e recuperação da saúde através de diagnósticos funcionais, diagnósticos coletivos e sociais, abordagens corporais entre outras.

Segundo Copetti (2000) não se pode ignorar que o interesse do profissional de Fisioterapia está ligado às oportunidades do mercado de trabalho, tais oportunidades têm acontecido, sobretudo, nas clínicas

particulares, por meio de suas sub-especializações: fisioterapia neurofuncional, fisioterapia pneumofuncional, fisioterapia traumato-ortopédica funcional, fisioterapia desportiva e fisioterapia na reeducação postural global.

Os serviços pesquisados demonstraram certa repetição das práticas oferecidas, centradas no tratamento das alterações traumato-ortopédicas, na sua maioria. Apesar da valorização da terapia manual, ainda há dificuldade de inserção do profissional em situações de maior complexidade, como o caso dos pacientes politraumatizados, grandes queimados, das alterações funcionais materno-infantis, nas alterações uroginecológicas, na assistência integral às alterações funcionais cerebrovasculares e oncológicas.

A presença do fisioterapeuta no setor público é ainda pequena, senão nula, em algumas regiões, e o vínculo maior entre este profissional e o SUS está relacionado ao setor privado, por intermédio de convênios estabelecidos com as clínicas e os prestadores de serviços de fisioterapia (PEREIRA e ALMEIDA, 2003). No caso do município, esta presença limita-se a alguns serviços públicos de atuação secundária, em um número reduzido e, em alguns serviços filantrópicos, cujo vínculo é desconhecido neste estudo. Este achado também sugere maior investigação em estudos futuros a fim de compreender qual o vínculo profissional aos serviços que atuam.

Da mesma forma, Rezende (2007) relata que muito mais do que tratar e reabilitar, o fisioterapeuta passa a ter o encargo de agir na direção do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para exercer suas atividades laborativas e da vida diária. Junto com as pessoas (individual ou coletivamente), deve refletir sobre o uso que elas fazem do próprio corpo nas suas relações com o espaço e com outras pessoas e, a partir de então, promover ações em prol da melhoria da qualidade de vida para o presente e para o futuro.

De acordo com o contexto local, o estudo possibilitou compreender melhor a estrutura dos serviços de fisioterapia e do sistema de saúde local. A identificação das variáveis estruturais deste mercado auxilia o debate acerca do campo de atuação profissional e as possíveis oportunidades de investimentos futuros em novos serviços. É notória a necessidade de se ampliar a atuação da fisioterapia no sistema público de saúde, em todos os níveis de complexidade, considerando a população do município, sua pujança econômica bem como sua rede de serviços. Além disso, identificamos a reprodução de ações dos serviços privados, o que aumenta a concorrência e limita a inserção de novos serviços neste mercado voltado às alterações traumato-funcionais. A possibilidade de investimentos nas demais áreas de atuação, como nas alterações funcionais mais complexas e na atenção básica, traduz um potencial solução para uma inserção profissional no mercado de trabalho mais promissora face à enorme demanda pelos serviços de fisioterapia.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, Gil L.: Uma agenda para a fisioterapia do terceiro milênio no Brasil: Fisioterapia Brasil - Volume 1 - Número 2 - Novembro/Dezembro de 2000(58/ 59).

ANDREAZZI, M. F.S. ET AL. Dinâmica do capital e sistemas locais de saúde: em busca de uma análise integradora do setor saúde. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 10(19), 43-58, jan/jun 2006.

ARANTES, L.L. Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; s.n; 2004. 93 p.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 1974.

BARROS, Fabio Batalha M. (Org.). O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

BLASCOVI-ASSIS, S.M. PEIXOTO, B.O.: A Visão dos Pacientes no Atendimento de Fisioterapia: Dados para traçar um novo perfil profissional. Fisioterapia em Movimento, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria 1101, 12 jun. 2002. Dispõe sobre parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 2002.

CALDAS, Maria Alice Junqueira: O Processo de Profissionalização do Fisioterapeuta; Um Olhar em Juiz de Fora. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006, 118 p.

Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES 2009. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução COFFITO- 80, de 9 de maio de 1987. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União n. ° 093, Brasília, DF, 21 maio 1987. Seção I, p. 7 609.

COSTA, A.N.; PALIVANOV, H. & ALVES, M da G.: Mapeamento Geológico-Geotécnico Preliminar, Utilizando Geoprocessamento, no Município de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro. Anuário do Instituto de Geociências – UFRJ. ISSN 0101-9759 e-ISSN 1982-3908 - Vol. 31 - 1 / 2008 p. 50-64.

COPETTI, Solange Maria Bertol: Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais. Revista in pauta ,vol 04. Pato Branco, 2000. <http://www.fadep.br/arquivos/revistainpauta/volume4/Solange.pdf>

DELIBERATO, P.C.P.: Fisioterapia Preventiva Fundamentos e Aplicações. São Paulo. Editora Manole. 2002.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C. & FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8(2), 521-535, 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico – IBGE, 2009. <http://www.ibge.gov.br>

KATZ, J. E. e MUNOZ, A. Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad. Buenos Aires, CEPAL, 1988.

MAGALHÃES, Milena Sampaio. Avaliação da assistência fisioterapêutica sob a óptica do usuário. Dissertação (Mestrado Faculdade de Medicina). Fortaleza: UFC, 2002.

MIRANDA, Alcides S. de. Planificação e Avaliação em Saúde. Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, 2002.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. Revista Saúde Pública, 34 (5): 547-59, 2000 www.fsp.usp.br/rsp;

NOVAES JR., Rivaldo Rodrigues. Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas. Disponível em: <www.efisio.com.br>. Acesso em: 23 mar 2005.

PEREIRA, Francly Webster de A: Avaliação do Serviço de Fisioterapia de Média Complexidade Ambulatorial do SUS no Município de Sobral- CE, 2004.

PEREIRA, LA.; ALMEIDA, MJ.: Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde. In: FALCÃO, A.(org.). Observatório de recursos humanos no Brasil. Estudos e análises. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ 2003.

PORTER, M. Estratégia Competitiva: Técnicas para Análise de Indústrias e da Concorrência. Rio de Janeiro, Editora Campus, 2004, Capítulos de Introdução, III (Uma metodologia para Análise da Concorrência) e Apêndice B (Como conduzir uma análise da Indústria).

POSSAS, M.S. Concorrência shumpeteriana In KUPFER, D. e HASENCLEVER, L. (Org) . Economia Industrial: Fundamentos Teóricos e Práticas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Campus, pp. 415-429, 2002.

REBELATTO, José Rubens e BOTOMÉ, Sílvio Paulo. Fisioterapia no Brasil. Editora.Manole, 2ª ed., São Paulo, 1999.

REZENDE, Monica. Avaliação da Inserção do Fisioterapeuta na Saúde da Família em Macaé/RJ: A Contribuição Deste Profissional Para a Acessibilidade da População Idosa às Ações de Saúde das Equipes. Um Estudo de Caso. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz / FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ ENSP,2007.

RIBEIRO, Kátia S. Q. Silva. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioterapia Brasil*, v.3, n.5, p.311-318, 2002.

RIBEIRO, Kátia S. Q. Silva. Fisioterapia na Comunidade: buscando caminhos na atenção primária à saúde a partir de um projeto de extensão universitária. Dissertação (Mestrado em Educação). João Pessoa: UFPB, 2001.

RODRIGUES, Raquel Miguel: Análise do Mercado Privado de Diagnóstico por Imagem do Município de Macaé e Suas Inter-relações com o Processo Regulatório Local. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ/ IESC, 2008a, 104 p.

RODRIGUES, Raquel Miguel: A Fisioterapia no Contexto da Política de Saúde no Brasil: Aproximações e Desafios. *Revista Perspectiva On-line*, vol. 2, n.8, 2008b.

SANTOS, Maria Angélica B & GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3): 795-806, 2004.

SANTOS, F.P. & MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.19, p.25-41, jan/jul 2006.