

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

RONIERI ARISTEU DOS REIS SCARDOELLI

**CAPACIDADES ASSISTENCIAIS EM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL DO SUS
NA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Cruz Alta
2019**

RONIERI ARISTEU DOS REIS SCARDOELLI

**CAPACIDADES ASSISTENCIAIS EM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL DO SUS
NA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

Coorientadora: Prof. Me. Rita Nagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Sobrenome, Nome do(a) Autor(a) e
Normas para Apresentação de Trabalho de Conclusão de
Curso da Especialização em Gestão em Saúde UAB/UFRGS
[manuscrito] / Nome e Sobrenome do(a) Autor(a). – 2019.
15 f.:il.
Orientador(a): Nome e Sobrenome; Coorientador(a): Nome e
Sobrenome.
Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em
Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2019.
1.ABNT. 2. Monografia. 3.Gestão em Saúde. I. Sobrenome,
Nome do(a) Orientador(a) e. II. Sobrenome, Nome do(a)
Coorientador(a) e. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

RONIERI ARISTEU DOS REIS SCARDOELLI

**CAPACIDADES ASSISTENCIAIS EM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL DO SUS
NA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador: Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

Coorientadora: Prof. Me. Rita Nagem

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

Albert Einstein

RESUMO

A oferta de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido descrita como de difícil acesso, tornando-se elemento prejudicial à integração entre os três níveis de atenção à saúde no país, que adotou a regionalização como principal forma de gestão do SUS. Nessa ótica o presente estudo objetivou analisar a capacidade assistencial em fisioterapia na média complexidade dentro da 12ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul e num contexto estadual, regional e nacional, calculando as capacidades instaladas e necessárias para executar o total de procedimentos apresentados pelos estabelecimentos de saúde, através de consulta em bases de dados secundárias no período entre 2008 a 2018. Identificou-se que a capacidade instalada está muito superior a necessária, chegando a ser 4,6 vezes maior na respectiva Região de Saúde no ano de 2018 e, que ambas apresentam uma tendência de evolução progressiva, apontando para uma má gestão dos recursos humanos dentro da assistência fisioterapêutica.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção Secundária. Oferta. Gestão em Saúde.

Assistance capacities in Health System ambulatory physiotherapy in the 12nd health regional from Rio Grande do Sul.

ABSTRACT

The supply in second care in Brazilian Health System has been described as difficult to access, making integration among the three levels of health care in the country difficult, which has adopted regionalization as the main form of health management. In this perspective, the present study aimed to analyze the physical therapy capacity in second care in the 12nd health regional from Rio Grande do Sul in a state, regional and national context, calculating the installed and necessary capacities to execute the total procedures presented by the establishments of health through consultation in secondary databases from 2008 to 2018. It was found that the installed capacity is much higher the necessary, reaching to be 4.6 times higher in the respective health regional in the year 2018 and that both present a trend of progressive evolution, pointing to a mismanagement of the human resources within the physical therapy assistance.

Keywords: Physical Therapy Specialty. Secondary Care. Supply. Health Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – População dos municípios da 12ª RGS do RS.....	15
Figura 02 – Cobertura por fisioterapeutas na 12ª RGS do RS.....	26
Figura 03 – Cobertura por fisioterapeutas no Rio Grande do Sul.....	27
Figura 04 – Cobertura por fisioterapeutas na região sul do Brasil.....	28
Figura 05 – Cobertura por fisioterapeutas no Brasil.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAI – Capacidade Assistencial Instalada
CAN – Capacidade Assistencial Necessária
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
FNS – Fundo Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC – Bloco de Financiamento da Alta e Média Complexidade
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RGS – Região de Saúde
RS – Rio Grande do Sul
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
UE – União Europeia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 OBJETIVOS.....	12
1.1.1 OBJETIVO GERAL	12
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.2 JUSTIFICATIVA	12
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	14
2.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA	14
2.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	14
2.3 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	16
2.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	17
3 REVISÃO TEÓRICA.....	18
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	18
3.2 GESTÃO E FINANCIAMENTO NO SUS.....	19
3.3 OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS.....	21
3.4 FISIOTERAPIA NO SUS.....	23
4 RESULTADOS.....	26
5 DISCUSSÃO.....	29
6 CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são divididos em três níveis de complexidade. O acesso aos serviços de média complexidade é um dos grandes problemas do sistema, dificultando a integração funcional entre os três níveis de atendimento (SOLLA; CHIORO, 2012; TESSER; POLI NETO, 2017). O modelo atual de gestão do SUS baseia-se na regionalização e nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde os diferentes níveis de atenção referenciam os usuários entre si (MENDES, 2011). Estimativas da demanda para serviços da média complexidade e estimativas da capacidade para prestar esses serviços são necessários para auxiliar a formulação de políticas públicas (PIRES et al., 2010), justificar investimentos e montar a infraestrutura necessária (SOUZA; RIBEIRO, 2011).

Com o avanço no acesso à informação aliado à alteração do perfil epidemiológico brasileiro, à procura por tratamento fisioterápico na média complexidade, já tida como o principal campo de atuação da assistência fisioterapêutica no SUS, vem aumentando em proporção inversa em relação à oferta do serviço (SOUZA; RIBEIRO, 2011; MENEGAZZO; PEREIRA; VILLALBA, 2010), tendo o papel desses profissionais ganhado cada vez mais importância (CASTRO; BARBOSA; AGUIAR, 2013).

Diante este cenário, estudos buscaram analisar a oferta ambulatorial em fisioterapia através de diferentes perspectivas, Costa et al. (2012) basearam-se no número de fisioterapeutas cadastrados nos estabelecimentos de saúde, enquanto Castro et al. (2013) utilizaram a quantidade de procedimentos ambulatoriais relacionados à fisioterapia, autorizados e realizados, associados aos valores pagos por procedimento. Ambos tendo por base a população brasileira nos períodos estudados. Os resultados apontaram desigualdade na oferta da assistência fisioterapêutica entre as diferentes regiões brasileiras e a baixa disponibilidade desses serviços no SUS, reportando, dentre outros fatores, a falta de políticas públicas mais específicas para a fisioterapia e o seu contexto como agravante a esse cenário.

Dessa maneira, o presente estudo buscou caracterizar as capacidades dos serviços de fisioterapia na média complexidade dentro da rede SUS na 12ª Região de Saúde (RGS) do Rio Grande do Sul (RS), no RS, na região sul e no Brasil. Para

este fim, foram acessados dados constantes no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), compreendendo os estabelecimentos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) no período entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018. Optou-se por este período longitudinal para que seja possível observar uma tendência temporal na cobertura por fisioterapeutas.

Após, com base nessas informações, compreender se estaria a oferta de serviços ambulatoriais especializados em fisioterapia, na média complexidade, relativa as localidades selecionadas, deficitária ou sendo subaproveitada?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a capacidade instalada e a capacidade necessária para serviços ambulatoriais especializados em fisioterapia no SUS da 12ª RGS do RS, do RS, da região sul e do Brasil no período entre 2008 e 2018.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Calcular a capacidade instalada de profissionais fisioterapeutas na 12ª RGS do RS, no estado do RS, na região sul e no Brasil nos anos de 2008 até 2018;
- b) Calcular a capacidade necessária de profissionais fisioterapeutas para a realização da produção ambulatorial apresentada pela 12ª RGS do RS, no estado do RS, na região sul e no Brasil nos anos de 2008 até 2018;
- c) Comparar a capacidade instalada com a capacidade necessária.

1.2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se na importância de se conhecer a oferta de serviços especializados na média complexidade e suas principais características dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro no que tange a assistência fisioterapêutica.

Diante da crescente demanda pelo serviço nesse nível de atenção associada a necessidades populacionais cada vez mais específicas exigindo aos profissionais um melhor entendimento de todo o processo relacionado à prestação desse serviço, de forma a facilitar o acesso aos usuários.

Ressalta-se, ainda, sua utilização como instrumento norteador para o planejamento das ações e serviços de saúde, uma vez que a ampliação da oferta de serviços parece ser uma das prioridades dos gestores em saúde, tendo quase sempre suas ações pautadas na ampliação dos serviços. Assim, identificar como essa oferta de serviços tem se comportado, poderá colaborar para a melhoria das intervenções necessárias e, promover uma maior eficiência e efetividade nos serviços ofertados, resultando em um melhor aproveitamento de todos os recursos disponíveis.

E tendo-se em vista que o campo da fisioterapia é carente de referenciais teóricos dentro da saúde pública, da sua gestão e no que corresponde às diretrizes e normas dos seus serviços (para os quais não existe ainda uma política nacional) estabelecer as características da oferta, como suas capacidades, torna-se ainda mais relevante, servindo como referencial para elaboração de políticas públicas futuras na referente área.

Dessa maneira, o presente trabalho pretende, através da aquisição de informações em bases de dados secundárias (do quantitativo de profissionais fisioterapeutas, da sua produção informada e da população) estimar por meio de cálculos suas capacidades assistenciais, visando demonstrar o aproveitamento da oferta dos serviços ambulatoriais de fisioterapia.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem mista, tendo aspectos quantitativos, objetivando demonstrar dados e tendências que possam ser observados e qualitativos, relacionando o nível subjetivo à realidade social (MYNAYO, 2009), descritivo, analítico e longitudinal. Utilizaram-se dados secundários disponíveis em bases virtuais em saúde, de acesso e domínio público para o estabelecimento das capacidades assistenciais em fisioterapia na média complexidade dentro da 12ª RGS do RS, do estado do RS, da região sul e do Brasil entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018.

O Estado do RS encontra-se localizado na região sul do Brasil e tem estabelecidas 30 regiões de saúde distribuídas em 19 coordenadorias regionais, as quais planejam, acompanham e gerenciam as ações e serviços de saúde nos territórios correspondentes. A 12ª RGS do estado, que compreende uma área composta por 13 municípios, conforme demonstrado na figura 01, possui uma população de 152.070 pessoas de acordo com o último Censo Demográfico do IBGE em 2010 e é de responsabilidade da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

2.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As seguintes variáveis quantitativas foram empregadas: população, número de profissionais fisioterapeutas vinculados ao SUS e produção ambulatorial mensal do SUS por localidade. Seu acesso se deu através de informações contidas no DATASUS.

Para se conhecer a população utilizou-se a estimativa para o Tribunal de Contas da União (TCU) por Região/Unidade da Federação por ano. Quanto ao número de fisioterapeutas buscou-se os recursos humanos profissionais segundo a CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) por Região/Unidade da Federação por ano/mês de competência atuando no SUS, abrangendo todas as ocupações referentes à fisioterapia. A produção ambulatorial do SUS foi obtida por local de

residência, através da quantidade apresentada por Região/Unidade da Federação por ano, selecionando o subgrupo de procedimentos 0302, o qual refere-se a fisioterapia.

Figura 01 – População dos municípios da 12ª RGS do RS

Municípios da 12ª RGS	Estimativa Populacional 2008 (TCU)	População em 2010 (Censo)	Estimativa Populacional 2018 (TCU)
Boa Vista do Cadeado	2.522	2.441	2.473
Boa Vista do Incra	2.557	2.425	2.590
Colorado	3.803	3.550	3.221
Cruz Alta	64.762	62.821	60.693
Fortaleza dos Valos	4.671	4.575	4.356
Ibirubá	19.306	19.310	20.284
Jacuizinho	2.748	2.507	2.679
Quinze de Novembro	3.672	3.653	3.789
Saldanha Marinho	3.038	2.869	2.679
Salto do Jacuí	12.665	11.880	12.416
Santa Barbara do Sul	9.250	8.829	8.099
Selbach	4.911	4.929	5.093
Tupanciretã	23.591	22.281	23.824
Total	157.496	152.070	152.196

Fonte: IBGE (2018), elaborado pelo autor.

Através destas variáveis, buscou-se demonstrar a capacidade assistencial instalada (CAI), identificando a oferta, sendo importante salientar que seus valores refletem parâmetros para a análise não significando ser precisamente o disponível, e

a capacidade assistencial necessária (CAN), apontando o quantitativo necessário de profissionais para a realização do serviço prestado, ambas referentes a 10.000 habitantes, tendo por base a lei nº 8.856 de 01 de março de 1994 que fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e a resolução nº 444 de 26 de abril de 2014 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a qual fixa e estabelece os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos nas diversas modalidades. Assim, foi estabelecido para o presente estudo o valor 0,6 horas para cada atendimento e um total de 1320 horas para atendimento por ano.

2.3 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados selecionados foram tabulados utilizando o programa Microsoft Excel 2016 para a sua organização e posterior análise, onde agruparam-se as variáveis de acordo com as localidades (12ª RGS do RS, RS, região sul e Brasil) e as separaram por ano dentro do período estudado, 2008-2018, para a estimativa da CAI e da CAN e posterior realização de comparação entre as duas.

A CAI de cada localidade foi estimada por meio da equação:

$$CAI = \frac{n^{\circ} \text{ fisioterapeutas } \times 10000}{n^{\circ} \text{ habitantes}}$$

A CAN foi estimada com base na produção ambulatorial SUS por ano de competência, por meio da equação:

$$CAN = \frac{(\text{fisio. h/atend}) \times (n^{\circ} \text{ atend/ano}) \times 10000}{(\text{fisio. h/fisio. ano}) \times n^{\circ} \text{ habitantes}}$$

Para a exposição e análise final dos resultados, fez-se uso de elementos gráficos, aqui, optando-se por figuras que como o exposto por Andrade (2011) explicam ou complementam visualmente o texto, permitindo uma melhor apresentação dos mesmos. A confecção de tais elementos foi realizada no próprio programa, com posterior análise qualitativa dos resultados encontrados, visando demonstrar a eficiência dos serviços.

Para a revisão bibliográfica revisaram-se artigos e outras bibliografias relacionadas ao tema proposto nas bases bibliográficas LILACS (Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), o SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e o portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Os descritores utilizados para a busca nas bases bibliográficas foram: Fisioterapia, *Physical Therapy Specialty*, Atenção Secundária, *Secondary Care*, Oferta, *Supply*.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo com informações secundárias obtidas em bases de dados de acesso e domínio público, a apresentação prévia em comitê de ética é dispensada.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Brasil possui um Sistema de Saúde, implementado pela lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, garantindo que toda a população tenha direito à saúde, devendo o Estado prover as condições e meios necessários para que isso se consolide, através de ações e serviços de saúde, definidos por políticas públicas, desenvolvidas segundo os preceitos da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990).

O SUS, é um complexo sistema de assistência à saúde, público e gratuito, que presta serviços dentro das mais diversas formas de atenção à saúde no território brasileiro (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, o Sistema Único de Saúde brasileiro deve proporcionar assistência com base na promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando ser eficiente e eficaz, para que possa efetivar-se no país. Tais condições são ofertadas com base na sua organização, devendo ser descentralizada, regionalizada, resolutiva e hierarquizada, formando um modelo ideal para a saúde pública nacional (CHIORO; SCAFF, 1999).

Quanto aos princípios organizacionais da regionalização e hierarquização, existem três níveis de atenção, devendo o acesso da população se dar pelo primeiro nível, a atenção primária, estruturada para resolver os principais problemas demandados, referenciando para os demais níveis, a média e alta complexidade aqueles que necessitem de maiores aparatos tecnológicos ou que não podem ser resolvidos pela atenção primária. (CHIORO; SCAFF, 1999).

Solla e Chioro (2012) descrevem a média complexidade como o nível de atenção à saúde, onde os usuários carecem de ações e serviços disponibilizados por profissionais especializados, e com o emprego de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo sua organização e financiamento baseados historicamente na oferta de procedimentos, onde ainda existe pouca capacidade de regulação e grande dificuldade em adquirir serviços, devido aos valores defasados pagos pelo SUS. Além do baixo financiamento, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde na média complexidade também está relacionada a fatores como a

escassez de profissionais e grande dependência do setor privado (SILVA et al., 2017). Apesar disso, a oferta de serviços de média complexidade tem crescido e acompanhado a regionalização da atenção à saúde no país (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Vale destacar, que apesar de inúmeros desafios ainda presentes para a consolidação do SUS, ele é internacionalmente reconhecido, como o exposto pela Organização Pan-Americana de Saúde:

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) o considera uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa e fonte de conhecimentos para a Região das Américas e países de outras latitudes. A estruturação e os resultados do SUS no Brasil são internacionalmente conhecidos e valorados positivamente (OPAS, 2018, p. 4).

3.2 GESTÃO E FINANCIAMENTO NO SUS

Tendo instituído as normas e diretrizes para o estabelecimento de um Sistema Único de Saúde no país, a lei 8.080/1990 trouxe novos conceitos e obrigações a serem apropriados por todos os atores envolvidos no processo, sendo os aspectos da gestão essenciais para seu funcionamento, compreendendo planejamento e financiamento do SUS, distribuindo tais responsabilidades entre os entes federados, e permitindo a participação do setor privado na prestação dos serviços de saúde, de forma complementar (BRASIL, 1990).

Ao planejar ações e serviços de saúde, os gestores públicos são dependentes do montante de recursos financeiros disponíveis através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), devendo elencar prioridades e definir a distribuição desses recursos. Desse modo, o Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite aponta dentre diversas outras características o subfinanciamento e a ineficiência na utilização dos recursos como um fator fundamental para o cenário atual da gestão do SUS, marcado pela fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas.

A lei complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 estabelece que os investimentos em saúde pública no país se darão de forma tripartite, onde cada esfera do governo deve arcar com sua parte, fixando que 15% do valor total

arrecadado em impostos por municípios e pela união devem ser aplicados em saúde, enquanto no caso dos estados e do Distrito Federal este percentual é de 12%, devendo todo o processo de planejamento e orçamento ser ascendente.

No que tange a média complexidade os municípios recebem repasse financeiro advindo do governo federal através do bloco de financiamento da alta e média complexidade (MAC) para executarem ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, devendo complementar os recursos de acordo com as necessidades e dentro do pactuado entre os gestores (BRASIL, 2006). Porém, Junior e Mendes (2015) demonstraram, que apesar da escassez de recursos financeiros, houve um crescimento dos repasses para o MAC, tendo sido o bloco financeiro a mais receber recursos do FNS entre os anos de 2000 e 2011, sendo seu investimento diretamente proporcional a capacidade instalada nas regiões brasileiras.

Nesse contexto, Santos, Ugá e Porto (2008) investigando as características dos estabelecimentos que prestam assistência através do SUS, segundo sua natureza jurídica (pública ou privada) encontraram que os gastos referentes às ações e serviços de saúde são predominantemente públicos, seja através de financiamento direto ou por repasses financeiros para a iniciativa privada. Percebe-se uma clara divisão na oferta, estando os serviços hospitalares e as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, em sua maioria, de posse privada. Cabe ao Estado a maior parte das unidades ambulatoriais. Além disso, apontam para a existência de uma cobertura duplicada no país, onde usuários com planos de saúde usufruem do sistema público e, tendo o segmento suplementar maior oferta na média e alta complexidade quando comparado ao SUS.

Diversidade essa também apontada por Viacava et al. (2018), o qual demonstrou a existência de uma interdependência entre os setores público e privado construída ao longo da implantação e expansão do SUS, estando os prestadores privados pautando suas ações de acordo com a lógica de mercado e dependentes de recursos públicos. Nessa ótica, Pessôa et al. (2016) fomenta que é necessária uma reorganização dos serviços que prestam assistência à saúde no setor público, visando o aumento da oferta de serviços na média complexidade, em que deva ser superada a barreira que trava os investimentos na ampliação da capacidade instalada, enfatizando que os recursos públicos devam ser alocados nas unidades públicas para de fato influenciar a reorganização da oferta no SUS.

Assim, Pires et al. (2010) relatam um meio de disputas e interesses como o panorama desse misto assistencialista, estando a média complexidade inserida nesse contexto, onde um cenário político e econômico acaba por sobressair. Diante a tais desigualdades, a regionalização é apontada como possível solução ao problema e tida como necessária no cumprimento da constituição (RIBEIRO et al., 2017), tendo as políticas regionais em saúde priorizado estratégias envolvendo o investimento, planejamento e expansão dos serviços com base nas negociações intergovernamentais nas regiões de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Nesse contexto deve-se entender as necessidades populacionais e a capacidade produtiva dos serviços de saúde existentes, onde quatro situações distintas, para as quais os gestores devem encontrar soluções específicas, são apontadas: a inexistência de determinado procedimento de saúde em uma região; a insuficiência dos serviços de saúde existentes; a capacidade existente e adequada (física e humana), mas com insuficiência de recursos financeiros para custeio; e a oferta de serviços superiores à necessidade (BRASIL, 2011).

3.3 OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

Para que se possam produzir ações de saúde é necessário haver, dentre outros aspectos, uma oferta de serviços. O entendimento de tal oferta se baseia no total de recursos disponíveis: humanos, físicos e tecnológicos. Além de questões como: as necessidades da população, sua área de cobertura, capacidade em atender e organizar certa demanda (PIRES et al., 2010; GERHARDT et al., 2011; VIÉGAS et al., 2018).

Na busca por realizar a análise da oferta de serviços de saúde, diversos autores (MIRANDA et al., 2006; GERHARDT et al., 2011; ANDREAZZI et al., 2014; SANTOS et al., 2017; VIÉGAS et al., 2018), fizeram uso de dados secundários disponíveis em bancos de dados oficiais, apontando para resultados que demonstram a importância de entender suas características e relacioná-las para que possamos compreender as necessidades da população. Com isso pode-se apontar a utilização dos sistemas de informação disponíveis como importante fonte para a prática de pesquisas e no desenvolvimento do planejamento em saúde.

Através desses estudos, nos deparamos com a imagem de que oferta não é garantia de acesso (VIÉGAS et al., 2018) e como apontam Andreazzi et al. (2014) encontra-se intimamente ligada a utilização dos serviços de saúde, sendo seus estudos convenientes para difundir novas tecnologias, permitir levantar hipóteses sobre determinantes e impactos, ao ponto de colaborarem na tomada de decisões dos gestores. Corroborando, Gerhardt et al. (2011) atestam que as inequidades na oferta de serviços influenciam na demanda, determinando o perfil de utilização dos mesmos, indo assim, ao encontro das ideias de Pires et al. (2010) que relatam ser a oferta indutora da demanda, principalmente nas regiões mais ricas do país, sendo a falta de conexão entre tais fatores geradora de ineficiência no sistema de saúde.

Apesar de ter havido um aumento na oferta de estabelecimentos de saúde no país nos últimos 30 anos (VIACAVA et al., 2018), estudos apontam disparidade regional (PESSÔA et al., 2016) e dentro dos níveis de complexidade quanto à distribuição desses serviços na rede pública, como demonstrado por Rodes et al. (2017) ao analisarem a disponibilidade de acesso aos profissionais de reabilitação nas RAS, encontrando uma concentração maior desses profissionais a nível ambulatorial e um aumento da oferta no período estudado, ainda assim considerada aquém do necessário para promover universalidade e integralidade. Esse incremento na cobertura tem como um de seus principais atributos o fato de o SUS organizar-se de forma mista quanto à disponibilidade de serviços, com provedores públicos e privados distribuídos nos três níveis de atenção (SANTOS; GERSCHMAN, 2004; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008; PESSÔA et al., 2016; VIACAVA et al., 2018).

Nesse sentido, Pires et al. (2010) ao estudarem a demanda por serviços na média complexidade e sua relação com a atenção básica, demonstraram haver uma desarticulação entre os dois níveis, fato que acaba por gerar uma sobrecarga no segundo nível de atenção e conseqüente diminuição da equidade no acesso. O que pode ser explicado pelo exposto por Silva et al. (2017), de que as características do SUS, como sua organização, o modo de financiamento, a disponibilidade de profissionais e a relação com o setor privado são apontadas como responsáveis por essa inequidade.

3.4 FISIOTERAPIA NO SUS

Dentro do SUS, o fisioterapeuta possui as prerrogativas necessárias para atuar em todos os níveis de atenção à saúde (BISPO JÚNIOR, 2010), porém sua maior inserção se dá a nível secundário, onde grande parte dos usuários referenciados a estes serviços já se apresentam com condições agravadas, tendo problemas instalados, levando o fisioterapeuta a focar suas ações na recuperação e reabilitação à saúde (MENEGAZZO; PEREIRA; VILLALBA, 2010; SILVA; SIRENA, 2015), que, apesar de restringir a prática profissional, mantém nos hospitais e clínicas de reabilitação, tradicionalmente os locais mais valorizados e constituídos para sua atuação, o foco de seu trabalho (BISPO JÚNIOR, 2010).

E mesmo diante às dificuldades de acesso presentes, Siqueira, Fachini e Hallal (2005) demonstraram que a prevalência de utilização dos serviços de fisioterapia no Brasil encontra-se abaixo da relatada em países desenvolvidos como a Holanda, onde a taxa equivalente ficou em 23,7%, enquanto no caso brasileiro foi de apenas 4,9%.

Outro importante aspecto diz respeito a contrastes socioeconômicos, geográficos e demográficos que afetam a distribuição e a cobertura da assistência fisioterapêutica, sobretudo pela importante carência deste profissional atuando no SUS (MEDEIROS; CALVO, 2014)

Diante esse cenário, diversas pesquisas vêm procurando compreender as relações que envolvem a inserção e o desenvolvimento da prática fisioterápica dentro do SUS. Com o intuito de determinar a distribuição de recursos financeiros destinados a fisioterapia no nível secundário de atenção à saúde dentro do SUS, Castro, Barbosa e Aguiar (2013) realizaram série histórica através da junta de informações nas bases de dados do DATASUS, assim como Henriques, Buranello e Castro (2017) fizeram para descrever o perfil dos investimentos públicos em fisioterapia e compará-los aos do setor privado, tendo os dois estudos obtidos resultados que assinalam haver uma crescente nas finanças destinadas à assistência fisioterapêutica, porém com padrões de distribuição diferentes quando analisadas as regiões brasileiras, mas sem contemplar um aumento nos valores pagos por procedimentos fisioterapêuticos. Vale ressaltar que os valores pagos por

procedimentos fisioterapêuticos na tabela do SIA/SUS permanecem os mesmos desde a sua inclusão em 2007.

Costa et al. (2012) investigaram a oferta de fisioterapeutas em todos os níveis de atenção à saúde, considerando estabelecimentos públicos e privados registrados no CNES em março de 2010, tendo identificado a maior concentração desses profissionais na média complexidade, cerca de 57%, e nos municípios mais populosos, sendo o setor privado detentor de 60% da oferta global e onde a região sul concentra mais de 75% de seus profissionais.

Ainda no que tange a média complexidade no SUS, Erdmann et al. (2013) e Ferrer et al. (2015) puderam concluir em seus estudos, baseados em entrevistas com profissionais e usuários do sistema de saúde pública, que a organização em redes nesse nível de atenção é fator indispensável para seu adequado funcionamento, tendo este pontuado que a desorganização encontrada em um serviço de fisioterapia associada a baixa resolutividade na atenção primária foram responsáveis pela longa fila de espera observada, apontando para a necessidade de se promover um melhor ordenamento nestes aspectos. Do mesmo modo, Silva et al. (2017) observaram uma dificuldade de acesso a serviços de média complexidade nos municípios que compõe a 18ª RGS do Estado do Paraná, onde a oferta depende majoritariamente do setor privado, com redução dos entes federados na oferta e financiamento dos serviços.

Um único estudo, conduzido por Sousa et al. (2012), foi encontrado com o propósito de analisar as características da oferta associada ao informe de produção dos procedimentos realizados, considerando como cenário as práticas integrativas e complementares no SUS em três municípios brasileiros, onde os autores expõem o fato de os dados registrados nos sistemas não serem condizentes com a realidade. E possui como principal fator limitante nesse contexto a indefinição de quais ações pertencem as práticas integrativas e complementares dentro de sua Política Nacional.

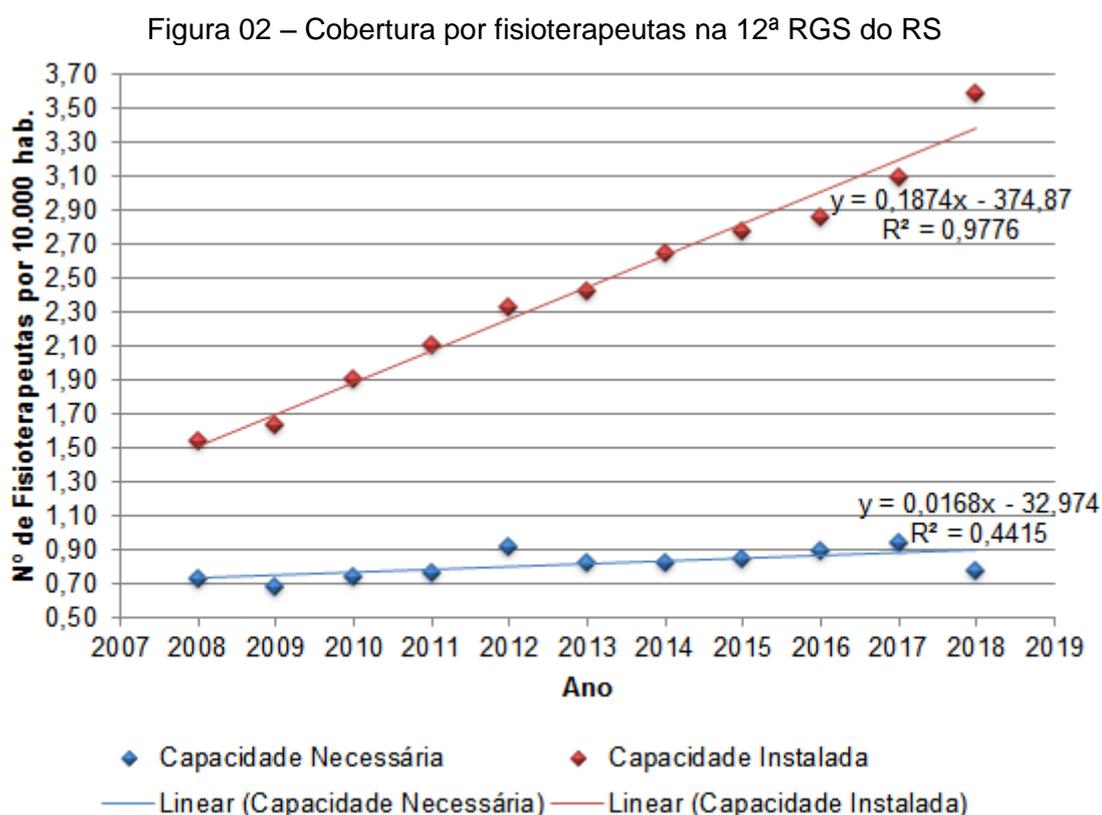
Dessa maneira, Silva, Santos e Bonilha (2014) relatam que o conhecimento da rede de saúde em que a fisioterapia se insere é de suma importância para que se tenham informações capazes de proporcionar ações condizentes com a realidade da população e do que lhes pode ser fornecido. Para Castro, Barbosa e Aguiar (2013), fica evidente que os municípios são os principais gestores dos serviços de

fisioterapia dentro da média complexidade concomitantemente ao setor privado, demonstrando ser relevante a compreensão das ações e serviços vinculados à fisioterapia no âmbito municipal.

Nesse contexto, pode-se perceber que através do entendimento das realidades locais referentes à oferta de serviços em fisioterapia na média complexidade, ao que pese os diversos recursos disponíveis e seu aproveitamento, pode ser possível corroborar com os ideais e princípios do SUS, fomentando a gestão pública, pois, assim, teremos meios para poder intervir de forma precisa nesse tipo de assistência.

4 RESULTADOS

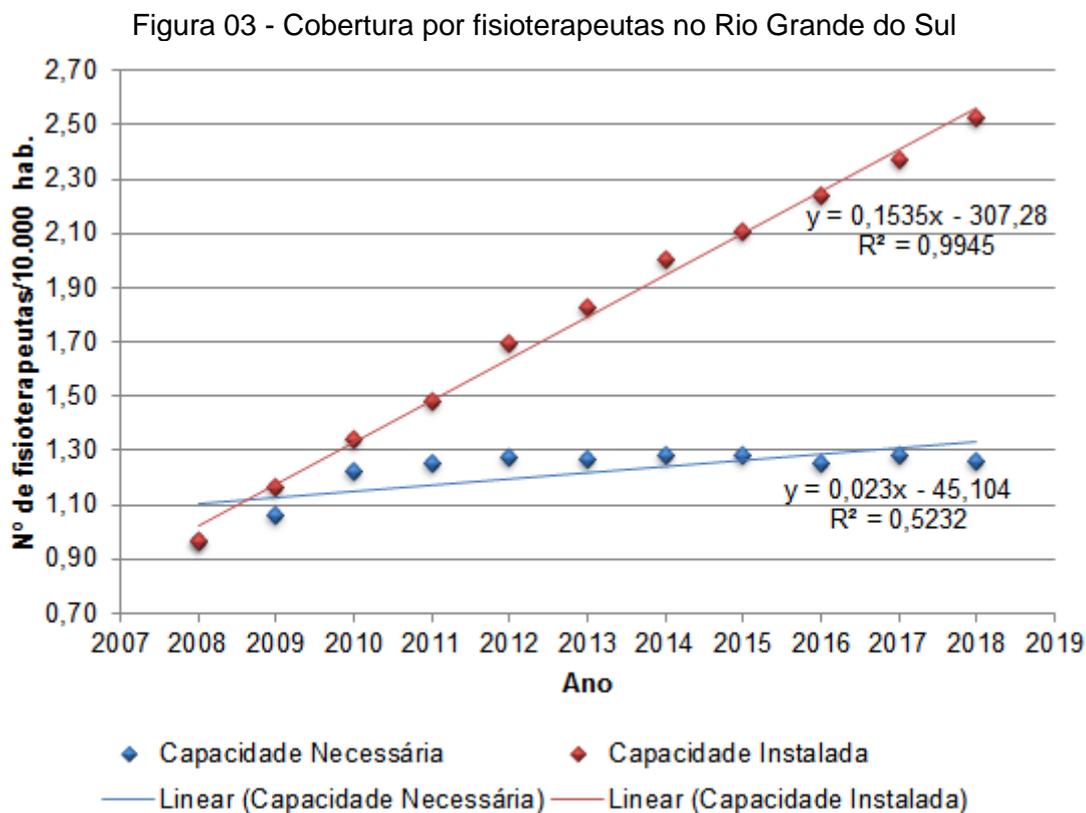
Dados sobre a cobertura assistencial fisioterapêutica na 12ª RGS estão expostos na figura 02, apresentando a CAI e a CAN, onde é possível notar uma grande disparidade, chegando a CAI a apresentar um valor 4,6 vezes o da CAN no ano de 2018. A linha de tendência da CAI demonstra uma evolução progressiva e significativa ($P < .0001$), enquanto a linha de tendência da CAN apresenta-se horizontalizada, porém mantendo um aumento, ainda que suave significativo ($P < .05$).



Fonte: DATASUS (2018), elaborado pelo autor.

Na figura 03 estão os dados referentes à cobertura assistencial no estado do Rio Grande do Sul, onde podemos observar o mesmo padrão da 12ª RGS, com a CAI apresentando uma linha de tendência crescente com evolução progressiva significativa ($P < .00001$), enquanto a CAN apresenta uma linha de tendência com um aumento progressivo mais leve, mas ainda significativa ($P < .05$). Neste caso nota-se uma menor disparidade entre os valores, apesar de a maior diferença permanecer no ano de 2018, sendo a CAI duas (2) vezes o valor da CAN. Este caso em

específico é único a apresentar uma CAN superior a CAI no primeiro ano do estudo, fazendo com que sua linha de tendência apresente um início superior.

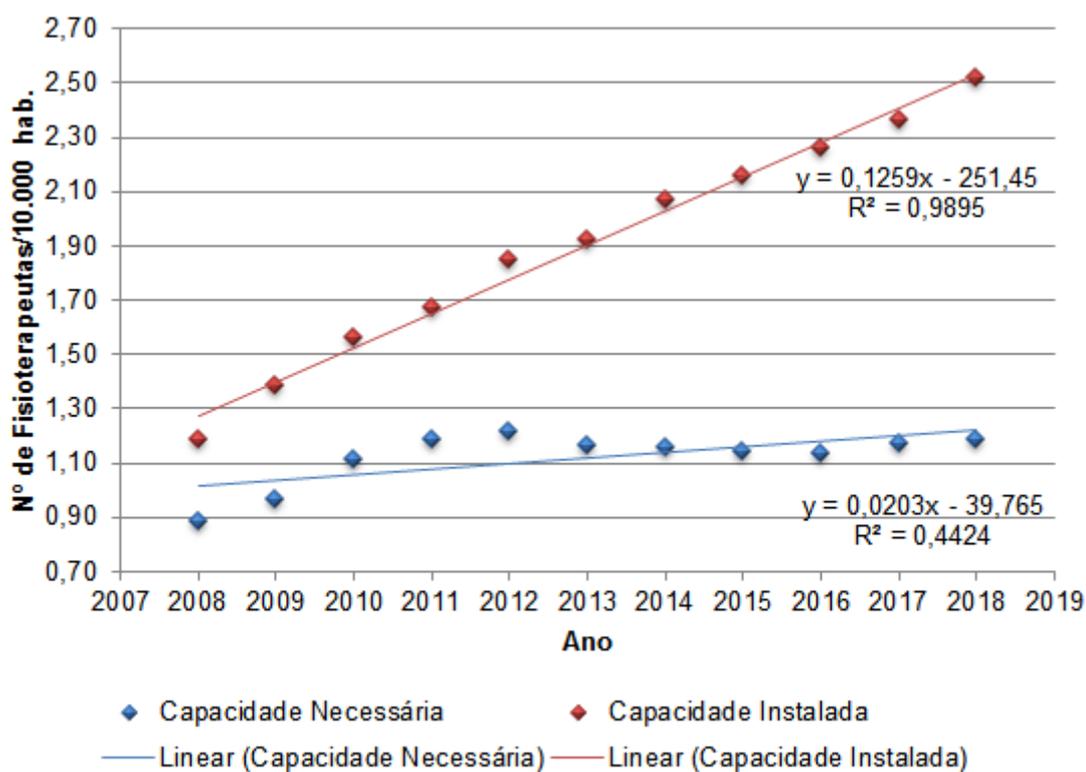


Fonte: DATASUS (2018), elaborado pelo autor.

A CAI e a CAN da região sul do Brasil são apresentadas na figura 04, onde o padrão de evolução das linhas de tendência segue sendo o mesmo demonstrado nas localidades anteriores, tendo a CAI apresentado uma evolução ascendente e significativa ($P < .00001$) e a CAN apresentando um crescimento mais ameno, porém significativo ($P < .05$). A maior diferença entre o valor das capacidades instaladas é observada no ano de 2018, onde a CAI é duas (2) vezes o valor da CAN.

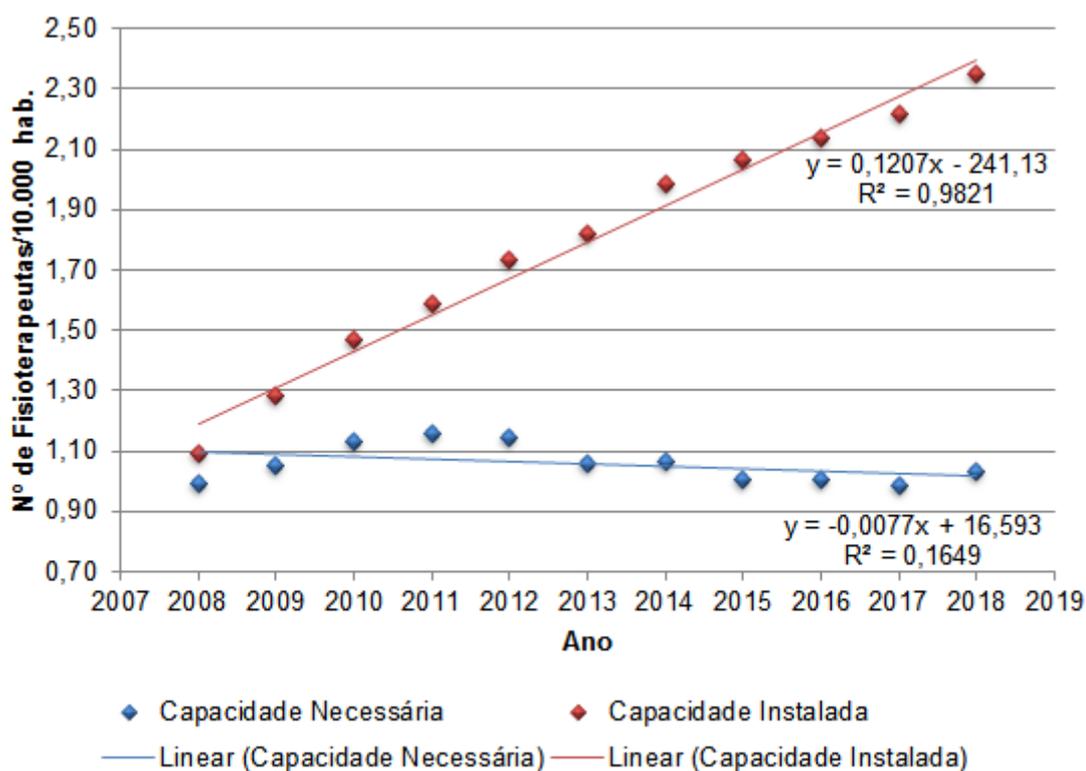
A figura 05 expressa a cobertura assistencial fisioterapêutica no Brasil, onde é possível observar um novo padrão para a linha de tendência da CAN, que apesar de manter-se horizontalizada detém uma evolução regressiva e não significativa ($P = 0.215356$). A linha de tendência da CAI permanece ascendente e significativa ($P < .0001$). Assim como nas demais localidades a maior diferença entre os valores das capacidades assistenciais se dá no ano de 2018, onde a CAI é 2,2 vezes maior do que a CAN.

Figura 04 – Cobertura por fisioterapeutas na região sul do Brasil



Fonte: DATASUS (2018), elaborado pelo autor.

Figura 05 – Cobertura por fisioterapeutas no Brasil



Fonte: DATASUS (2018), elaborado pelo autor.

5 DISCUSSÃO

Considerando o período entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018, nota-se um acréscimo significativo na cobertura por fisioterapeutas em todas as localidades estudadas, porém há uma grande disparidade entre as capacidades assistenciais, estando a CAI muito superior a CAN dentro do sistema único de saúde brasileiro.

Quanto à distribuição de profissionais atuando no país, Matsumura et al. (2018) expõe haver aproximadamente 1,0 profissional para cada 1.000 habitantes de acordo com dados obtidos através dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). Os resultados aqui encontrados apontam para um número bem menor, corroborando com os dados obtidos por Costa et al. (2012) que encontraram um quantitativo de cerca de 0,27 profissionais para cada 1.000 habitantes consultando dados do CNES, nos levando a entender que a grande maioria destes profissionais atuam de forma autônoma no país. Este aspecto torna-se ainda mais evidente se considerarmos a região sul, onde Matsumura et al. (2018) apresentam 1,04 profissionais a cada 1.000 habitantes para o ano de 2017, enquanto os dados obtidos são cerca de cinco (5) vezes menor.

Se compararmos o Brasil a países do continente europeu veremos que o número de profissionais fisioterapeutas em nosso país encontra-se aquém dos de países desenvolvidos. Segundo o serviço estatístico da União Europeia (UE), países como a Alemanha e a Finlândia possuem um elevado número de fisioterapeutas, tendo alcançado a marca de cerca de vinte e dois (22) profissionais para cada 10.000 habitantes no caso alemão e aproximadamente vinte (20) profissionais para cada 10.000 habitantes na Finlândia, no ano de 2016. Entre 2011 e 2016 a quantidade de fisioterapeutas a cada 10.000 habitantes demonstrou um crescimento contínuo, sendo que apenas um dos países membros da UE não apresentou aumento no número de fisioterapeutas em relação a sua população.

Ao voltarmos o olhar para as capacidades assistenciais é notório que a CAI encontra-se muito superior e crescendo de forma bem mais acelerada que a CAN, assinalando para uma desigualdade ainda maior no futuro.

Os dados encontrados referentes a 12ª RGS, apresentam as maiores diferenças entre as capacidades, bem como a maior concentração de profissionais a cada 10.000 habitantes. Provavelmente estão relacionados a sua densidade

populacional, a qual apresentou redução, enquanto as demais tiveram um crescimento ao longo do período estudado. Se tomarmos por base o estado do RS no ano de 2018, a 12ª RGS possui somente 1,34% da população total entre trinta (30) regiões de saúde, enquanto no que se refere ao número de fisioterapeutas atuando no SUS, ela detém quase 2,0%.

Uma possibilidade para a disparidade entre as CAI e CAN é a de que esteja havendo uma subnotificação da produção ambulatorial apresentada, haja vista que os serviços ambulatoriais do SUS, apesar do dever de informar a produção mensal para a garantia de recursos advindos da união, não demandam de metas ou objetivos específicos neste contexto, assim como a capacitação dos profissionais neste quesito é inexistente. Medeiros e Calvo (2014) reforçam esta ideia ao relatarem em seu estudo, que questões relativas ao registro de informações apresentam-se deficitárias dentro do SIA/SUS na área da fisioterapia.

O processo de trabalho também deve ser levado em consideração para explicar os achados, já que a atuação concomitante dos fisioterapeutas nos serviços públicos e privados, sua vinculação a mais de um estabelecimento e o tempo demandado para cada atendimento podem apresentar variações. Dessa maneira os valores da CAI, apesar de expressarem um número de fisioterapeutas bem acima do necessário dentro do SUS, podem ter sido superestimados no estudo, uma vez que o atender SUS não significa dedicação exclusiva e a carga horária aqui estipulada pode não refletir a realidade, levando-nos a crer que os resultados não podem ser interpretados como um excesso de profissionais.

Quanto aos estabelecimentos privados, Costa et al. (2012) demonstraram que eles representam a maior parcela dos serviços de fisioterapia no país, alcançando cerca de 60%, onde a região sul e o estado do RS possuem grande representatividade, tendo ambos um percentual superior a 70% composto por estabelecimentos privados. Essa grande cobertura por estabelecimentos privados geralmente encontra-se associada a um aumento significativo na produção ambulatorial de forma a garantir o financiamento dos serviços (MEDEIROS; CALVO, 2014), o que pode ser observado no presente estudo.

O aumento da cobertura por planos privados em saúde no Brasil pode estar relacionado a regressão encontrada na CAN no país. Já que, apesar de os planos serem considerados uma forma de suplementação da saúde pública em nosso

sistema, devendo complementar os serviços públicos existentes, o que se constata na prática dentro da assistência fisioterapêutica é que este padrão não é obedecido, apresentando variações (HENRIQUES et al., 2017).

Outra questão que pode explicar tanto o excesso de capacidade instalada, como sua acentuada progressão ao longo dos anos nas localidades estudadas, encontra-se no fato de o profissional fisioterapeuta, estar atuando em outras atividades no SUS além da reabilitação, no que pese a prevenção, onde Costa et.al. (2012) ressaltam a região sul como a única no país a priorizar o fisioterapeuta dentro da atenção primária. Nesse sentido, os novos rumos tomados pelo sistema de saúde brasileiro apontam para um modelo de fisioterapia coletiva, onde o profissional deve se inserir em atividades visando à promoção e prevenção à saúde, reformulando sua atuação (BISPO JUNIOR, 2010). Assim, sua inserção deve ser enfatizada em equipes multiprofissionais, de forma a promover a assistência integral à saúde da população (BISPO JUNIOR, 2010; MAIA et. al., 2015) demonstrando sua importância e acentuando a necessidade de contar com o fisioterapeuta nas equipes de saúde.

6 CONCLUSÃO

A CAI e a CAN revelaram no presente estudo um aumento da oferta na assistência fisioterapêutica dentro da média complexidade no SUS. Através dos cálculos das capacidades assistenciais foi possível apontar para uma tendência de que o número de profissionais disponíveis no SUS encontra-se muito superior ao que seria necessário para efetivar o que vem sendo produzido na última década.

O grande excesso de capacidade instalada principalmente na 12^a RGS demonstra a necessidade de se haver uma melhor gestão dos recursos humanos nas localidades estudadas. Porém, vale salientar o enquadramento dos fisioterapeutas em outros níveis de atenção dentro do SUS e o não fornecimento adequado das informações relativas à produção nos serviços públicos de fisioterapia como fatores que podem ter mascarado os valores reais das capacidades assistenciais.

Com isso, cabe aos gestores públicos a busca por soluções para este problema, desenvolvendo estratégias e planejando ações capazes de promoverem uma melhor eficiência destes serviços no futuro.

Sugere-se a realização de novos estudos sobre a oferta de serviços neste contexto, principalmente, para fomentar a literatura na área e servir como apoio à formulação de políticas públicas voltadas ao campo da fisioterapia.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgard Rodrigues; IOZZI, Fabíola Lana. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017.

ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de. **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução**/ 4. ed. elaborado por Sonia Maria Oliveira de Andrade – Campo Grande – MS, 2011. 160p. – (Caderno de Estudo). Metodologia científica I.

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de; ANDREAZZI, Marco Antonio Ratzsch de; SANCHO, Leyla; FREITAS, Heitor Alarico Gonçalves de. Supply and usage of hemodynamic services in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 5, p. 357-365, out. 2014.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1627-1636, jun. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006; Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. p. 43-51.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 223 p.

CASTRO, Shamyry Sulyvan de; BARBOSA, Guilherme Rodrigues; AGUIAR, Ricardo Goes de. Distribuição do investimento público na assistência fisioterapêutica ambulatorial, Brasil, 2000 a 2006. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 639-645, set. 2013.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A Implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

COSTA, Larissa Riani; COSTA, José Luiz Riani; OISHI, Jorge; DRIUSSO, Patrícia. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n. 5, p. 422-430, out. 2012.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; DRAGO, Livia Crespo. A atenção secundária em saúde:

melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 131-139, fev. 2013.

EUROSTAT - EUROPEAN STATISTICAL OFFICE. Healthcare personnel statistics - dentists, pharmacists and physiotherapists. **Statistics Explained**. Luxembourg, 2018. Disponível em: <<https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37385.pdf>>. Acesso em: 06/04/2019.

FERRER, Michele Lacerda Pereira; SILVA, Alaine Sousa da; SILVA, Jaqueline Regina Kaik da; PADULA, Rosimeire Simprini. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 223-230, set. 2015.

GERHARDT, Tatiana Engel; PINTO, Juliana Maciel; RIQUINHO, Deise Lisboa; ROESE, Adriana; SANTOS, Daniel Labernarde dos; LIMA, Maristela Correa Rodrigues de. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1221-1232, 2011.

HENRIQUES, Isadora Ferreira; BURANELLO, Mariana Colombini; CASTRO, Shamy Sulyvan de. Distribuição dos investimentos públicos em fisioterapia e cobertura da saúde suplementar no Brasil: série histórica de 2010 a 2015. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 280-287, set. 2017.

MAIA, Francisco Eudison da Silva; MOURA, Ellen Luzia Rebouças; MADEIROS, Erick de Castro; CARVALHO, Roney Remo Praxedes; DA SILVA, Saniely Aratany Lacerda; SANTOS, Georgiana Ribeiro dos. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 110-115, 2015.

MATSUMURA, Erica Silva de Souza; SOUSA JÚNIOR, Alcinês Silva; GUEDES, Juan Andrade; TEIXEIRA, Renato Costa; KIETZER, Katia Simone; CASTRO, Leny Silene de Freitas. Distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas no Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 25, n. 3, p. 309-314, set. 2018.

MEDEIROS, Gabriella de Almeida Raschke; CALVO, Maria Cristina Marino. Serviços Públicos de Média Complexidade Ambulatorial em Fisioterapia Vinculados ao Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 7, n. 2, p. 7-16, maio/ago. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As situações das condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde. In: _____. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. cap. 1. p. 25-50.

MENEGAZZO, Isabela Rodrigues; PEREIRA, Micaela Rodrigues; VILLALBA, Juliana Pasti. Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 28, n. 4, p. 348-351, out/dez. 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2009. 108p

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de; LESSA, Fábio José Delgado; LEAL, Mariana de Carvalho; CALDAS NETO, Sílvio da Silva. Diagnóstico da deficiência auditiva em Pernambuco: oferta de serviços de média complexidade – 2003. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 5, p. 581-586, out. 2006.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49663>>. Acesso em: 12/02/2019.

PESSÔA, Luisa Regina; SANTOS, Isabela Soares; MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Ana Cristina Marques; LIMA, Claudia Risso de Araújo. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 9-19, set. 2016.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; MARTINS, Cristiano Mundim Ferreira; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elioenai Dornelles. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1009-1019, jun. 2010.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga; OUVENEY, Assis Mafort; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, abr. 2017.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.), Porto Alegre, 2016. 228 p.

RODES, Carolina Hart; KUREBAYASHI, Renato; KONDO, Vivian Emy; LUFT, Vinícios Dornelles; GÓES, Ângela Baroni de; SCHMITT, Ana Carolina Basso. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 1, p. 74-82, mar. 2017.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, out. 2008.

SANTOS, Jéssica Andrade Pinheiro dos; ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; MAGNO, Liz Duque; FERRITE, Silvia. Oferta da Fonoaudiologia na rede pública municipal de saúde nas capitais do Nordeste do Brasil. **Audiology Communication Research** [online], v. 22, mai. 2017.

SILVA, Mariana Antunes da; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos; BONILHA, Laís Alves de Souza. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 75-86, 2014.

SILVA, Guilherme Grivicich da; SIRENA, Sergio Antonio. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 123-133, mar. 2015.

SILVA, Camila Ribeiro; CARVALHO, Brigida Gimenez; CORDONI JÚNIOR, Luiz; NUNES, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes; FACCHINI, Luiz Augusto; HALLAL, Pedro Curi. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 662-668, ago. 2005.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2. ed. 2012. p. 547-576.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade; TESSER, Charles Dalcanale; SANTOS, Francisco de Assis da Silva; HORTALE, Virginia Alonso. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2012.

SOUZA, Ana Ruth Barbosa; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. A rede assistencial de fisioterapia no município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 357-368, 2011.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n.3, p. 941-951, mar. 2017.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; LAGUARDIA, Josué; BELLIDO, Jaime Gregório. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018.

VIÉGAS, Larissa Hellen Teixeira; MEIRA, Tatiane Costa; SANTOS, Brenda Sousa; MISE, Yukari Figueroa; ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; FERRITE, Silvia. Speech, Language and Hearing services in Primary Health Care in Brazil: an analysis of provision and an estimate of shortage, 2005-2015. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 3, p. 353-362, maio-jun. 2018.