

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GISELA SOARES DE SOUZA

**ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL EM CURITIBA: ANÁLISE  
COM RELAÇÃO A ACESSO E OFERTA DE SERVIÇOS.**

CURITIBA  
2014

GISELA SOARES DE SOUZA

**ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL EM CURITIBA: ANÁLISE  
COM RELAÇÃO A ACESSO E OFERTA DE SERVIÇOS.**

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública em Saúde.

Orientador: Profa. Valeria Cabral Neves

CURITIBA  
2014

### **Dedicatória**

*A minha mãe, exemplo de mulher, de força e de resiliência.*

*Ao Edi, meu amor, e companheiro nesta jornada.*

*E ao meu filho, que cresce em meu ventre, e é a verdadeira e mais importante tarefa a realizar nesta vida, e para quem todo esforço é merecido.*

## RESUMO

O atendimento fisioterapêutico constitui importante componente da assistência à saúde, em especial no que diz respeito à garantia de autonomia e independência oferecida pelo acesso a serviços resolutivos. Diante disso, este trabalho buscou estudar a situação atual do atendimento de fisioterapia em média complexidade em Curitiba por meio da análise de documentos e dados públicos (Relatórios de gestão e dados do DATASUS e IBGE) relacionando os procedimentos realizados aos dados de morbimortalidade da cidade, para, a partir daí, desenvolver uma proposta de intervenção que melhore a oferta do atendimento ambulatorial de fisioterapia na cidade de Curitiba, garantindo acesso e maior resolutividade da atenção através da oferta regionalmente melhor distribuída e em número suficiente de procedimentos. Os resultados demonstraram que o atendimento é realizado eminentemente por prestadores privados, em especial para o grupo de procedimentos denominado alterações motoras e para o grupo etário acima de 40 anos. Apesar de haver aumento progressivo dos gastos com procedimentos fisioterapêuticos, ainda há grande diferença entre os dados do DATASUS para pagamentos de procedimentos de fisioterapia e os parâmetros de cobertura recomendados pela portaria 1101/2002/MS. Além disso, percebe-se que, apesar das evidências científicas demonstrarem que diversas questões de saúde poderiam ser beneficiadas por atendimentos fisioterapêuticos, o pagamento de procedimentos é concentrado para o tratamento de patologias do grupo “alterações motoras”, os quais são principalmente osteomusculares, sendo que, para outras questões prevalentes (como distúrbios respiratórios, uroginecológicos e neuromotores), os usuários não recebem este atendimento. Isto nos leva a questionar resolutividade da atenção ofertada e salienta a necessidade de se desenvolverem no SUS ações para além do modelo biomédico. As modificações desta realidade, no entanto, são complexas e envolvem a participação de várias instâncias da Secretaria Municipal de Saúde e de toda a rede de atenção, inclusive do controle social, mas é de grande relevância para aumento da resolutividade da atenção à saúde no SUS.

Palavras-chave: Gestão de serviços de saúde, Fisioterapia, SUS.

## **LISTA DE SIGLAS**

SUS – Sistema Único de Saúde

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

MS – Ministério da Saúde

SIH/SUS - Sistema de Informação Hospitalar do SUS

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

NASF - Núcleos de Apoio a Saúde da Família

CoA - Coeficientes de atendimento

CID - Código Internacional de Doenças

CER - Centro Especializado em Reabilitação

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA .....</b>	<b>4</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>8</b>
<b>4. A ORGANIZAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>5.1. DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA .....</b>	<b>14</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>22</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. APRESENTAÇÃO

A fisioterapia é definida por seu conselho de classe como uma ciência aplicada, que tem por objeto os estudos do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas, quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas (COFFITOa, 2009)

Diversas evidências científicas demonstram a eficiência de técnicas fisioterapêuticas para o tratamento e minimização do sofrimento em uma miríade de condições que envolvem dor ou de perda de capacidade funcional seja relacionado aos sistemas osteomuscular, cardiorespiratório, genitourinário, ou outros (Hinman; Heywood; Day, 2007, American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines, 2000).

As ações desenvolvidas por esta categoria profissional são contempladas em todos os níveis de atenção e devem ser desenvolvidas de forma horizontal e transversal em todas as redes de atenção a saúde, pois suas ações abrangem as questões da funcionalidade e da incapacidade na presença, ou mesmo, na ausência de doenças. Tais intervenções visam potencializar as capacidades funcionais dos sujeitos, diminuindo suas limitações e evitando a restrição de sua participação social, de forma a contemplar a visão ampliada do ser humano e da intra e da inter relação entre as esferas de atenção e da gestão (COFFITOb, 2013).

Considerando que, com base no preconizado pelas leis 8080/90 e 8142/90, são diretrizes do SUS: a regionalização, a universalização e a integralidade, assim como a participação de novos atores sociais que democratizam e favorecem a discussão ampliada de Saúde, as ações desenvolvidas por esta categoria profissional devem ser potencializadas na construção do SUS.

Segundo Brasil (2011) a fisioterapia ambulatorial entra no conjunto de ações consideradas de média complexidade, os quais são compostos por responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão.

Percebe-se que o atendimento de média complexidade em fisioterapia no SUS do município de Curitiba vem, há muitos anos, sendo prestado de forma complementar por clínicas particulares, contratadas sem seguir os atuais preceitos

da administração pública, de contratação via procedimentos legalmente definidos. Sabe-se que ao longo dos anos novas clínicas foram contratadas e muitas foram descredenciadas por diversos motivos. Foram percebidos também aumento do número de cotas ofertadas assim como redução da demanda por atendimento de média complexidade com a inclusão de fisioterapeutas na atenção primária. Percebeu-se concomitantemente um aumento da população da cidade.

No entanto, a prática na atenção primária tem demonstrado problemas no acesso dos cidadãos a ações de reabilitação de média complexidade que lhes garantam manutenção e evolução de capacidade funcional. Estas dificuldades parecem se relacionar à localização geográfica dos serviços, à qualidade e resolutividade dos atendimentos, ao acesso a tecnologias mais resolutivas, entre outras causas (TRELHA et al, 2007; VÉRAS et al, 2005).

## 1.2. OBJETIVO GERAL

Realizou-se estudo da situação atual e uma proposta de intervenção que melhore a oferta de atendimento ambulatorial de fisioterapia na cidade de Curitiba, garantindo acesso e maior resolutividade da atenção por meio da oferta regionalmente melhor distribuída e em número suficiente de procedimentos.

## 1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Foram objetivos específicos:

- Fazer uma análise a partir de documentos e dados públicos (Relatórios de gestão e dados do DATASUS) em relação ao número de procedimentos ofertados;
- Relacionar os dados de serviços prestados com os dados de morbimortalidade da população deste município, avaliando os procedimentos ofertados em relação à potencial demanda para a fisioterapia ambulatorial;
- Discutir a oferta deste serviço, e propor soluções para melhorar o atendimento a esta demanda.

## 1.4. JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO



Visto que o atendimento fisioterapêutico constitui importante etapa da assistência a saúde, em especial no que diz respeito à garantia de autonomia e independência garantida pelo acesso aos serviços de reabilitação, este trabalho busca a implantação de melhorias no âmbito do atendimento de média complexidade em fisioterapia no município de Curitiba

Na prática da atenção primária os fisioterapeutas relatam dificuldade em ter o apoio da atenção especializada principalmente devido à falta resolutividade, a falta de vagas, a dificuldade de locomoção de alguns usuários que necessitam do atendimento especializado devido à localização geográfica dessas clínicas.

Relata-se ainda que existem dificuldades no planejamento devido os dados referentes a produção ambulatorial de fisioterapia no SUS ainda não terem sido analisados, o que deixa uma lacuna de informações importantes a respeito da oferta de fisioterapia pela rede pública (Castro et al, 2001).

## 2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

O texto constitucional tem como diretriz o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art.198). Foi deste texto que se derivou o termo integralidade, o qual contempla a idéia de que cabe ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto o “acesso universal e igualitário as ações e serviços pra sua promoção, proteção e recuperação” (Pinheiro e Mattos, 2001).

Assim, os gestores devem buscar a implantação de redes de atenção á saúde que possam dar conta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011). De fato, a Lei federal 8080/90, que regulamenta o SUS, prevê o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, assim como a assistência com integralidade.

Pinheiro e Mattos (2001) ressaltam que o conceito de integralidade tem múltiplos sentidos, mas pode ser entendido como descreve a Lei federal 8080/90: um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Infelizmente, tem sido percebido no SUS o predomínio de intervenções de cunho eminentemente biomédico, as quais quase sempre favorecem o uso de tecnologia médica e fármacos e são evidenciadas em detrimento de estratégias de baixa tecnologia (OMS, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no material o SUS de A a Z (BRASIL, 2009), a fisioterapia se inclui no conjunto de procedimentos considerados de média complexidade, os quais são considerados responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão (BRASIL, 2011).

A média complexidade ambulatorial é definida pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde como o nível composto por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011).

Segundo Mendes (2001), na maior parte dos estados, os procedimentos de média e alta complexidade foram historicamente contratados/conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores, e muitos municípios tentaram construir sistemas de saúde municipais autônomos, expandindo a rede municipal sem articulação regional, sem observar a necessária economia de escala, com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, que se tornam ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente.

No entanto, a Constituição Federal (art. 30, inciso VII) e a Lei Orgânica da Saúde (art. 18, inciso I, e art. 17, inciso III) definem que compete ao município e, supletivamente, ao estado, gerir e executar serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo recorrer, de maneira complementar, aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária (BRASIL, 2011).

Neste sentido, o Ministério da Saúde recentemente buscou normatizar a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde através da portaria 3.277/2006. O art. 2º desta portaria define, por exemplo, que o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, e comprovada e justificada a necessidade de complementar sua rede e, ainda, se houver impossibilidade de ampliação dos serviços públicos, e que a "complementação de serviços deverá observar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso".

De fato, em Curitiba, o atendimento ambulatorial de fisioterapia é realizado por ambulatórios de hospitais de alta complexidade vinculados ao SUS e por clínicas de fisioterapia privadas, as quais foram contratadas há muitos anos sem a elaboração dos documentos que a portaria 3.277/2006 solicita: "para a complementaridade de serviços com instituições privadas serão utilizados os seguintes instrumentos: (...) II - contrato administrativo, quando o objeto do contrato for a mera compra de serviços."

Esta portaria ainda solicita a utilização do Plano Operativo, que "é um instrumento que deverá integrar todos os ajustes entre o poder público e o setor

privado, o qual deverá conter elementos que demonstrem a utilização de capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxos de serviços e pactuação de metas”, o qual também ainda não foi construído no município de Curitiba.

Em Juiz de Fora (MG), Machado e Fayer (2008) buscaram identificar o perfil do serviço de fisioterapia do setor secundário da cidade e encontraram que o atendimento secundário do SUS de Juiz de Fora tinha como público principal os usuários do sexo feminino com diagnósticos reumatológicos e traumato-ortopédicos. O tratamento foi baseado na modalidade de equipamentos e durava até 30 minutos cada sessão. Os autores concluem que

Torna-se evidente a necessidade de reorganização do serviço de fisioterapia, bem como de redirecionamento de investimentos e de adequação aos princípios e diretrizes do SUS, na busca pela melhoria da qualidade da atenção no município, assegurando serviços e ações resolutivos, de forma equânime, integral e mais adaptada à realidade da população, enquanto direito de cidadania e de qualidade de vida, o que requer a reformulação da organização dos serviços de saúde e das práticas de atendimento à população, em redes de atenção à saúde (Machado e Fayer, 2008, p.49).

Como contraponto, o Guia do Usuário do SUS de Belo Horizonte, descreve que o serviço de fisioterapia ambulatorial esta inserido nos Serviços de Reabilitação, e a rede pública naquela cidade conta com três unidades municipais de reabilitação onde são oferecidos atendimento na reabilitação física, órteses e próteses ortopédicas regionalizadas e o encaminhamento é realizado por profissional do Centro de Saúde ou especialista do SUS.

Brasil (2011) salienta que diante dos custos financeiros envolvidos com a produção de média e alta complexidade no SUS e a influência das novas tecnologias disponibilizadas na área da saúde, fica destacada a necessidade desses procedimentos serem estudados e analisados, criando-se mecanismos de regulação entre os gestores do sistema para que o aumento do custo se dê com eficiência e resulte em benefícios para a população.

Neste contexto, o planejamento ganha destaque, pois a determinação das necessidades de serviços ações de saúde de média e alta complexidade inicia-se com o levantamento geral de informações sobre a situação de saúde da área de interesse, com o conhecimento dos principais problemas de saúde e das

necessidades da população, com a definição de prioridades. Após o conhecimento da situação de saúde e da oferta de serviços de saúde já existentes, devem-se elaborar propostas de intervenção, envolvendo reorientação da estrutura do sistema, modificação, ampliação ou criação de novos serviços, bem como de programas de saúde a serem desenvolvidos em cada região, abrangendo todos os níveis de atenção, atentando para as necessidades de otimizar custos, aumentar a eficiência na realização dos atendimentos, com o objetivo final de melhoria dos níveis de saúde da população e de seu bem-estar (BRASIL, 2011).

Tal levantamento de necessidades pode ser feito pela percepção dos profissionais dos serviços de atenção primária e dos relatos dos pacientes, assim como por parâmetros técnicos de necessidades de saúde da população e de produtividade de serviços de saúde.

Com relação aos parâmetros técnicos, a Portaria GM/MS n. 1.101/2002, estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, com o objetivo de analisar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população, auxílio na elaboração do planejamento de saúde e no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados.

A citada portaria abrange um conjunto de parâmetros de cobertura para estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, e parâmetros de produtividade destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles humanos, materiais ou físicos.

O processo de levantamento de necessidades de serviços e ações de saúde de uma dada região também deve levar em conta as recomendações desenvolvidas a partir da medicina baseada em evidências e buscar a elaboração de protocolos clínicos que indiquem os principais procedimentos diagnósticos e terapêuticos para as doenças mais comuns (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde publicou, em 2006, as diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, que contém parâmetros assistenciais por área programática, com objetivo de subsidiar as Secretarias de Saúde no processo de elaboração da Programação Pactuada e Integrada (BRASIL, 2011).

### **3. METODOLOGIA**

Para análise da produção atual e potencial de fisioterapia em âmbito ambulatorial foram utilizadas informações sobre a utilização de fisioterapia fornecidos pelo Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referentes à produção ambulatorial do SUS entre os anos de 2008 e 2013. Os dados referentes aos atendimentos fisioterápicos foram localizados na categoria “Subgrupo de procedimentos” (código 0302).

Os dados do SIH/SUS incluíram a quantidade de procedimentos e o valor aprovado para pagamento pela Secretaria de Saúde, e juntaram-se aos dados demográficos fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre a população residente em Curitiba nos anos correspondentes.

Para informações sobre os serviços especializados em fisioterapia prestadores de atendimento ao SUS foi realizada pesquisa no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), também vinculado ao DATASUS.

Os relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) forneceram dados sobre produção ambulatorial do município além de informações de morbimortalidade da população curitibana.

Por fim, os dados foram convertidos em planilhas do programa Microsoft Excel e analisados de forma descritiva com relação ao serviço atualmente prestado e a potencial demanda para tal especialidade.

## **4. A ORGANIZAÇÃO**

### **4.1. DESCRIÇÃO GERAL**

A secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba gerencia uma complexa rede de serviços no contexto de uma capital de Estado que possui gestão plena do sistema de saúde e que presta serviços em todos os níveis de complexidade aos seus moradores e a cidadãos de outros municípios, tendo em vista o importante papel na região de saúde (Curitiba, 2013b).

Estruturando-se como departamento municipal desde 1963 e após uma longa história de avanços na saúde pública, Curitiba habilitou-se à Gestão Plena do sistema em 1998, quando o repasse de recursos financeiros passou a ser realizado do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal da Saúde. Nesta época a rede era composta por 98 US e recém criava-se o Distrito Sanitário Bairro Novo. Diante da nova política para a saúde, conduzida pelo Ministério da Saúde/ CONASS e CONASEMS em 2006, Curitiba iniciou o processo de adesão ao Pacto pela Saúde, com ampla discussão permeando o corpo gerencial e técnico bem como o Conselho Municipal de Saúde - CMS, sendo finalizado com a aprovação em fevereiro de 2007 (Curitiba 2013a).

A SMS de Curitiba conta hoje com uma consolidada rede de serviços de saúde composta por 138 serviços próprios, dentre os quais estão 109 Unidades Básicas de Saúde, oito Unidades de Pronto Atendimento, doze Centros de Atenção Psicossocial, quatro Centros de Especialidades Médicas, dois Centros de Especialidades Odontológicas, dois Hospitais e um Laboratório de Análises Clínicas. Somado a isso, há contratos de prestação de serviços junto a 55 clínicas especializadas, 24 hospitais, 23 policlínicas e 42 serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Curitiba, 2013b).

Em 2012, foram investidos R\$ 1.143.192.533,70 na saúde pública em Curitiba – 44% de recursos provenientes do tesouro municipal, 50% provenientes de repasses do Ministério de Saúde e os 6% restantes originados de outras fontes de repasse (Curitiba, 2013b).

### **4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA**

Segundo Castro, Neves e Acirole (2011) a oferta de atendimento fisioterápico ambulatorial pelo SUS no Brasil ainda é pequena e geograficamente desigual. Para os autores o SUS remunera inadequadamente os serviços prestados em fisioterapia e ainda o faz, em grande parte, por meio de convênios com estabelecimentos privados.

Ao analisar os dados do DATASUS referente aos custos e procedimentos do SubGrupo “0302 – fisioterapia” em uma série histórica a partir de 2008 em Curitiba observa-se aumento progressivo do número de procedimentos realizados bem como em valores aprovados (gráficos 1 e 2) (anexo 1).

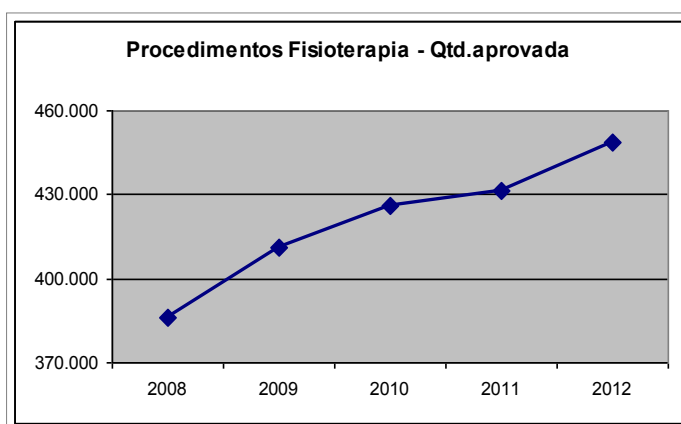


Gráfico 1. Quantidade Aprovada para Procedimento Clínico Fisioterapia SubGrupo 0302. Fonte: DATASUS.

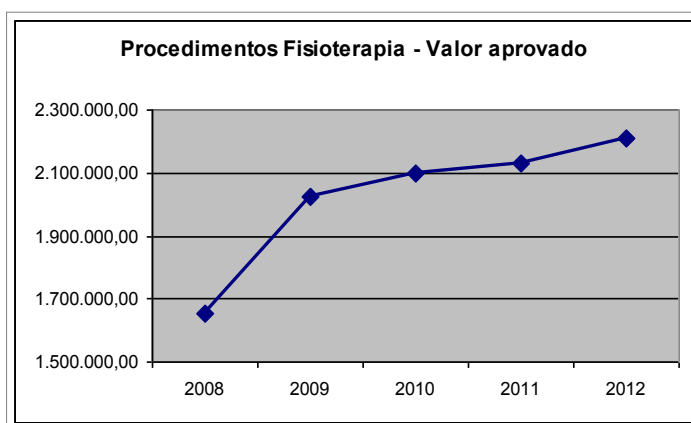


Gráfico 2. Valores Aprovados para Procedimento Clínico Fisioterapia SubGrupo 0302. Fonte: DATASUS.

Tais aumentos podem ser atribuídos tanto ao aumento da população residente em Curitiba que, segundo o IBGE, em 2010 era de 1.751.907 e em 2013 está estimada em 1.848.946 (IBGE b, 2013), e da população usuária do SUS quanto



ao reflexo da inserção de fisioterapeutas nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), os quais que podem ter sensibilizado mais os médicos da atenção primária, e gerado também aumento da demanda por fisioterapia.

A grande dificuldade reside em determinar a quantidade ideal de oferta deste atendimento que garanta maior resolutividade da assistência com custo adequado.

Se considerarmos a Portaria n.º 1101/GM-12/06/02 com relação aos Parâmetros de Cobertura, que são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido, tem-se, para a população estimada de Curitiba em 2013, a recomendação da realização de, em média, 15.716.041 sessões de fisioterapia neste ano, ou seja, 8 a 9 sessões por ano por cidadão, muito abaixo dos 448.545 procedimentos aprovados em 2012 para Curitiba.

Tais dados podem ainda ser compreendidos a partir da utilização dos coeficientes de atendimento (CoA) descritos por Castro, Neves e Aciole (2011), os quais são calculados dividindo-se o número de atendimentos fisioterapêuticos no ano em uma região pela população estimada no mesmo ano e região. Assim, utilizando-se o total de procedimentos aprovados em Curitiba em 2012 têm um CoA de 0,24, acima da média nacional relatada pelos autores de 0,19, mas ainda baixa ao se considerar que o dado significa que a cada quatro curitibanos, um recebeu uma única sessão de fisioterapia no ano.

O relatório de prestação de contas e monitoramento quadrimestral do SUS – Curitiba do 1º quadrimestre de 2013 descreve a importância deste procedimento entre as ações de saúde desta secretaria, visto que neste período foram realizados 106.711 procedimentos de fisioterapia na média complexidade, ficando atrás em número de procedimentos apenas das consultas médicas especializadas (Curitiba, 2013b). Em 2012 o número total de procedimentos chegou a 476.832, segundo o relatório de gestão (Curitiba, 2013c).

Torna-se necessário, no entanto, analisar o número de procedimentos de fisioterapia relacionando-os aos dados de morbidade de Curitiba, o que pode ser feito por meio de relatórios de morbidade ambulatorial da SMS Curitiba, disponível no site da própria secretaria para o ano de 2011 (CURITIBA d, 2012).

Este documento relata que os principais atendimentos realizados no período mencionado estão relacionados a “doenças do aparelho respiratório” (17,10%), seguido do grupo das doenças circulatórias (7,27%). Seguem em ordem de

importância as doenças osteomusculares (5,81%), as geniturinárias (4,96%), os transtornos mentais (4,51%), as doenças endócrinas (4,42%) e as infectoparasitárias (3,90%) (anexo 2).

Ao analisar as consultas médicas segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID) vê-se que os 5,81% correspondem a 194.948 diagnósticos do grupo de doenças do Sistema osteomuscular/conjuntivo, sendo que tais doenças adquirem maior importância entre a população adulta e idosa. De fato o grupo acima de 50 anos soma 43% destes diagnósticos, ou seja, 85.316 diagnósticos em 2011 (anexo 3).

Com relação à fisioterapia, segundo o DATASUS, em 2011 foram aprovados 431.309 procedimentos do SubGrupo 0302 Fisioterapia, sendo que somente no grupo alterações motoras foram registrados no DATASUS 337.512 procedimentos. Este grupo, que contempla os CIDs do grupo M, onde são registradas as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, concentra 78% do total de procedimentos de fisioterapia (anexo 4).

Corroborando, Castro, Neves e Aciole (2011) descrevem que em 2008 os procedimentos Fisioterapia em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções musculoesquelética e nas alterações motoras somaram no Brasil quase 80% do número de sessões de fisioterapia aprovadas para pagamento pelas Secretarias de Saúde.

Ainda segundo o DATASUS, em 2011 foram gastos R\$ 2.363.034,92, sendo que somente o procedimento mais realizado, o grupo alterações motoras, correspondeu a quase 1,7 milhões de reais, ou seja, 72% de todo o montante gasto (anexo 5).

Este fato pode ser compreendido ao se verificar que o diagnóstico “dorsalgia” é o 4º mais presente nas consultas em unidades de saúde de Curitiba, tendo sido registrado em 2011, 92.302 diagnósticos. O mesmo diagnóstico considerado por faixa etária, apresenta grande prevalência entre os grupos 40 a 49 anos (20.459), de 50 a 59 anos (18.608) e 60 anos e mais (17.443), representando relativamente ao total de diagnósticos 4,52, 4,89 e 3,09%. Estes grupos etários, segundo o DATASUS, somaram 281.049 procedimentos de fisioterapia, ou seja, 83% de todos os do grupo alterações motoras.

No entanto, com os dados disponíveis, não é possível determinar quantos daqueles diagnósticos geraram encaminhamentos para fisioterapia, nem quantos

procedimentos cada indivíduo realizou no período. Tais informações seriam de grande relevância na medida em que poderiam determinar padrões de resolutividade da assistência prestada, e auxiliariam na programação em saúde.

A significativa diferença entre o número de ações desenvolvidas para o grupo alterações motoras e os demais grupos, apesar da importância epidemiológica de patologias representadas por CIDs que seriam atendidos em outros códigos de procedimento – tais como doença pulmonar obstrutiva crônica, incontinência urinária – traz a percepção de que, apesar das evidências científicas demonstrarem que estas e outras questões de saúde poderiam ser beneficiadas por atendimentos fisioterapêuticos, os usuários não recebem este atendimento. Este raciocínio nos leva a questionar resolutividade da atenção ofertada e salienta a necessidade de se desenvolverem no SUS ações para além do modelo biomédico.

Chama a atenção também o fato de que 89% do montante gasto com o subgrupo fisioterapia em Curitiba foi pago a instituições privadas.

Ao pesquisar no CNES os estabelecimentos em Curitiba classificados como serviços especializados de fisioterapia que prestam atendimento ambulatorial ao SUS, são listados 36 locais, entre clínicas privadas, hospitais públicos, privados e filantrópicos, um centro especializado em reabilitação (CER), escolas municipais especiais e unidades de pronto atendimento (UPAs) (anexo 6).

Tratando especialmente das clínicas privadas, foram identificadas nove clínicas, a maioria localizadas em regiões mais centrais da cidade. A preocupação que este fato gera relaciona-se desde a localização geográfica das clínicas, o que pode facilitar ou não o acesso da população a tais serviços, até questões acerca da gestão que a secretaria de saúde pode ter sobre o trabalho realizado por estas clínicas, principalmente com relação a critérios de elegibilidade e alta, assim como sobre o estabelecimento de condutas baseadas em evidências e integradas aos objetivos traçados pelo plano de saúde do município.

## 5. PROPOSTA

### 5.1. DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

A partir da análise dos dados da situação atual do atendimento ambulatorial de fisioterapia na cidade de Curitiba tornou-se evidente a necessidade do desenvolvimento de uma proposta que melhore a oferta e garanta acesso e maior resolutividade da atenção aos usuários no sentido de garantir o máximo do desenvolvimento da funcionalidade mesmo na presença de doença.

No entanto, por tratar-se de uma ação ampla e complexa, propõe-se que como primeira medida que sejam esmiuçados alguns dos questionamentos levantados pela etapa “diagnóstico da situação-problema”, tais como:

- Qual o coeficiente de atendimento seria ideal para atingir os objetivos de garantia acesso e maior resolutividade da atenção?
- As ações desenvolvidas para o grupo alterações motoras tem sido resolutivas?
- Como a presença de fisioterapeutas junto à atenção primária influencia o uso de procedimentos especializados de fisioterapia?
- A opção por clínicas privadas é a melhor opção para a gestão considerando-se custo-efetividade?
- Aumentar o número de procedimentos realizados para patologias representadas por CIDs que seriam atendidos em outros códigos de procedimento – tais como doença pulmonar obstrutiva crônica, ou transtorno cardiovascular – poderia aumentar a resolutividade da atenção?
- A formalização da relação do serviço público com os prestadores privados de serviços de fisioterapia através da utilização de um plano operativo, que garanta a utilização de capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxos de serviços e pactuação de metas, poderia qualificar o atendimento prestado?
- Há provisão financeira para atingir os parâmetros de cobertura indicados pela portaria 1101/2002?

A partir disto, propõe-se que:

- Sejam elaborados protocolos e diretrizes para indicação de fisioterapia baseados em evidências científicas, e que os profissionais da atenção primária sejam capacitados neste sentido.
- Sejam considerados critérios populacionais e de morbimortalidade conforme as regionais da cidade, de maneira a ofertar atendimento mais próximo do território de residência das pessoas;
- Os fisioterapeutas dos NASFs acompanhem todo o processo de indicação e alta da fisioterapia ambulatorial, garantindo-se continuidade do cuidado e auxílio ao processo de regulação do acesso à assistência;
- Os sistemas de informação possam fornecer dados para o planejamento, tais como: número de sessões realizadas por pessoa, local de residência relacionado ao local de tratamento, etc;
- Sejam revistos os contratos com as clínicas conveniadas de modo a serem elaborados Planos Operativos, conforme prevê a portaria 3.277/2006, de maneira que se garanta a utilização de capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxos de serviços e pactuação de metas;
- O tema seja discutido nas instancias do controle social para que se defina provisão orçamentária para o aumento progressivo do número de procedimentos realizados.

## 5.2. PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Como estratégias de implantação sugere-se:

- a. Encaminhar este estudo ao Departamento de Redes de atenção à saúde e ao Conselho de Saúde do Município de Curitiba para que os gestores estudem as possibilidades, e atribuições de responsabilidades pela implantação e forma de monitoramento.
- b. Implementar a Regulação Municipal da Atenção à Saúde conforme prevê a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS com vistas a garantir, entre outros objetivos: a contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas do MS, a elaboração e incorporação de

protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais e a avaliação analítica da produção;

- c. Implementar a Regulação do Acesso à Assistência conforme prevê a Política Nacional de Regulação do SUS buscando a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de ações como a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;
- d. Desenvolver ações de capacitação ativa com base em evidências científicas para os profissionais da atenção básica que estão diretamente relacionados ao tema, principalmente médicos e fisioterapeutas;
- e. Aumentar progressivamente a disponibilidade de procedimentos de fisioterapia em média complexidade;
- f. Rever os contratos com as clínicas prestadoras atuais, estudar a viabilidade de uma clínica municipal e/ou realizar novas contratualizações considerando localização geográfica e padrões de qualidade;
- g. Acompanhar via auditoria do SUS, o trabalho das clínicas para averiguar se a capacidade instalada oferecida condiz com a capacidade relatada;
- h. Desenvolver sistema de informação informatizado na atenção primária que forneça informações sobre quantas sessões cada cidadão realiza, para acompanhamento da resolutividade do cuidado;
- i. Desenvolver pesquisas de satisfação do usuário para avaliação da qualidade do atendimento prestado pelas clínicas;
- j. Desenvolver um grupo de trabalho envolvendo representantes dos departamentos de auditoria e de redes de atenção, além de profissionais da atenção básica e representantes das clínicas conveniadas que discutam a viabilidade da implantação destas propostas.

### 5.3. RECURSOS

Seria necessário desenvolver um grupo de trabalho envolvendo representantes dos departamentos de auditoria e de redes de atenção, além de profissionais da atenção básica e representantes das clínicas conveniadas.

Além disso, são necessários recursos informática para produção de informação.

Recursos financeiros serão necessários para aumento da oferta de atendimentos em fisioterapia de média complexidade.

#### 5.4. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que haja melhorias no atendimento de media complexidade em fisioterapia no município de Curitiba com vistas à melhora do acesso dos usuários do SUS aos serviços de reabilitação e assim à ampliação da autonomia e independência e do desenvolvimento do máximo de funcionalidade.

#### 5.5 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

As propostas deste trabalho são complexas de serem implantadas, pois envolvem a participação de várias instâncias da Secretaria Municipal de Saúde e da própria rede de atenção, demanda o desenvolvimento de sistemas de informação e regulação, além de interação da SMS com prestadores de serviço. Isto tudo constitui, por si, possíveis problemas para a implantação da proposta.

Para superação desafios torna-se essencial a participação do controle social.

## 6. CONCLUSÃO

Este trabalho buscou analisar o atendimento fisioterapêutico especializado ofertado na cidade de Curitiba e percebeu que o atendimento está sendo eminentemente realizado por prestadores privados, em especial para o grupo de procedimentos denominado alterações motoras e para o grupo etário acima de 40 anos. Apesar de estar havendo aumento progressivo dos gastos com fisioterapia, ainda há grande diferença entre os dados do DATASUS para pagamentos de procedimentos de fisioterapia e os parâmetros de cobertura recomendados pela Portaria 1101/2002/MS. Além disso, percebe-se que, apesar das evidências científicas demonstrarem que diversas questões de saúde poderiam ser beneficiadas por atendimentos fisioterapêuticos, o pagamento de procedimentos é na maioria das vezes, concentrado para as patologias do grupo alterações motoras, que são predominantemente osteomusculares, sendo que, para outras questões prevalentes (como distúrbios respiratórios, uroginecológicos e neuromotores), os usuários não recebem este atendimento. Isto nos leva a questionar resolutividade da atenção ofertada e salienta a necessidade de se desenvolverem no SUS ações para além do modelo biomédico.

As modificações desta realidade, no entanto, são complexas e envolvem a participação de várias instâncias da Secretaria Municipal de Saúde e de toda a rede de atenção, mas é de grande relevância para aumento da resolutividade da atenção à saúde no SUS.



## REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY SUBCOMMITTEE ON OSTEOARTHRITIS GUIDELINES. Recommendations for the Medical Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee. **Arthritis & Rheumatism**. v. 43, n.9, p. 1905-15, September. 2000.
2. 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. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 27 e 140. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>. Acesso em 17/10/2013.
4. BRASIL. **PORTARIA N.º 1101/GM DE 12 DE JUNHO DE 2002. Dispõe sobre** os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União 2002; 12 jun.
5. BRASIL. **PORTARIA Nº 3.277 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2006.** Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2006; 22 dez.
6. BRASIL. **PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União 2008; 1 ago.
7. CASTRO AP, NEVES VR, ACIOLE GG. Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1995 a 2008. **Rev Panam Salud Publica**. v.30, n.5, p.469–76. 2011.
8. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO)a. Definição de Fisioterapia. Disponível em <[http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=27](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27)>. Acesso em 29/06/2009.
9. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO)b. Política Nacional De Saúde Funcional: Gestores cuidando da saúde do nosso povo! Disponível em <<http://www.crefito5.org.br/wp-content/uploads/2011/07/PNSF.pdf>>. Acesso em 17/10/2013.

10. CURITIBA a. PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal Da Saúde. **Histórico da Secretaria.** Disponível em <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria>>. Acesso em 17/10/2013.
  
11. CURITIBA b. PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal Da Saúde. **Relatório de gestão - 2º Quadrimestre/2013.** Disponível em [http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a\\_secretaria/Relat%C3%B3rio%20Detalhado%20Quadrimestral\\_2%C2%BA%20Quadrimestre%202013.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/Relat%C3%B3rio%20Detalhado%20Quadrimestral_2%C2%BA%20Quadrimestre%202013.pdf). Acesso em 17/10/2013.
  
12. CURITIBA c. PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal Da Saúde. Acompanhamento das ações do SUS – **Curitiba:** 3º Quadrimestre de 2012. Versão Final. Disponível em <[http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a\\_secretaria/Acompanhamento%20das%20A%C3%A7%C3%B5es%20SUS\\_3%C2%BA%20quadrimestre12\\_final.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/Acompanhamento%20das%20A%C3%A7%C3%B5es%20SUS_3%C2%BA%20quadrimestre12_final.pdf)>. Acesso em 17/10/2013.
  
13. CURITIBA d. PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Diagnóstico em Saúde. **Morbidade Ambulatorial 2011.** 2012. Disponível em <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/vigilancia/vigilancia%20indicadores/MORBIDADE%20AMBULATORIAL%20-%202011.pdf>>. Acesso em 10/11/2013.
  
14. IBGE. **Resultados do Censo Demográfico 2010**, divulgados no Diário Oficial da União em 04.11.2010. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_do\\_u/PR2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_do_u/PR2010.pdf)>. Acesso em 01/11/2013.
  
15. IBGE b. **Cidades.** Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410690>>. Acesso em 14/12/2013.
  
16. HINMAN RS, HEYWOOD SE, DAY AR. Aquatic Physical Therapy for Hip and Knee Osteoarthritis: Results of a Single-Blind Randomized Controlled Trial. **Physical Therapy.** v.87, n.1, p.32-43. 2007.
  
17. MACHADO, GLR; FAYER, VA. **Análise do perfil do serviço de fisioterapia do setor secundário do SUS de Juiz de Fora / MG.** Monografia (Graduação

em Fisioterapia). FACMED, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

18. MENDES, EV. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Coleção Saúde Coletiva, Editora Casa da Saúde, 2001.
19. OMS / Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas** – Componentes Estruturais de Ação. 2002. 40p.
20. PINHEIRO, R; MATTOS, RA (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ,IMS: ABRASCO, 2001. 180p.
21. TRELHA CS, SILVA DW, IDA LM, FORTES MH, MENDES TS. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). **Revista Espaço para a Saúde**. v.8, n.2, p.20-25. 2007.
22. VÉRAS MMS, PINTOVPT, OLIVEIRA EN, QUINDERÉ PHD. A fisioterapia no programa de saúde da família de Sobral CE. **Fisioter. Bras.** v.6, n.5, p. 345-348. 2005.

## ANEXOS

### ANEXO 1. Quantidade e Valores Aprovados para Procedimento Clínico Fisioterapia SubGrupo 0302

**Quantidade e Valores Aprovados para Procedimento Clínico  
Fisioterapia SubGrupo 0302**

	Qtd.aprovada	Valor aprovado
2008	<b>386.102</b>	<b>1.651.553,51</b>
2009	<b>411.370</b>	<b>2.026.636,42</b>
2010	<b>426.063</b>	<b>2.100.572,37</b>
2011	<b>431.309</b>	<b>2.127.900,31</b>
2012	<b>448.545</b>	<b>2.209.032,28</b>
Jan- Out/2013	<b>380.254</b>	<b>1.867.710,37</b>

Fonte: DATASUS

## ANEXO 2 – Consultas Médicas segundo Grupos da CID e sexo.

Consultas médicas segundo grupos da CID e sexo – Curitiba, 2011.						
Grupo da CID	Feminino		Masculino		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%
Infecções parasitárias	70735	3,35	59962	4,82	130697	3,90
Neoplasias	5468	0,26	2976	0,24	8444	0,25
D. Sangue/hemat/imunitária	3754	0,18	1879	0,15	5633	0,17
D. Endócrinas/nutricionais/metabólicas	100122	4,74	48132	3,87	148254	4,42
Transtornos mentais	92476	4,38	58857	4,73	151333	4,51
D. Sistema nervoso	34841	1,65	20852	1,68	55693	1,66
D. Olho e anexos	39450	1,87	28043	2,26	67493	2,01
D. Ouvido/apóf mastóide	28120	1,33	22146	1,78	50266	1,50
Ap Circulatório	155048	7,34	88871	7,15	243919	7,27
Ap Respiratório	314574	14,90	258877	20,82	573451	17,10
Ap Digestivo	61062	2,89	43842	3,53	104904	3,13
D. Pele/Subcutâneo	54969	2,60	42769	3,44	97738	2,91
D. Sist Osteomuscular/conjuntivo	125186	5,93	69762	5,61	194948	5,81
Ap Geniturinário	132660	6,28	33760	2,72	166420	4,96
Gravidez/parto/puerpério	6085	0,29	0	0,00	6085	0,18
Afeções período perinatal	689	0,03	786	0,06	1475	0,04
Malformação congênita	1000	0,05	1117	0,09	2117	0,06
Sint/Sinais e achad anorm ex clín e laborat	243514	11,54	152580	12,27	396094	11,81
Lesões e consequências causas externas	50292	2,38	64905	5,22	115197	3,43
Fatores que influenciam estado saúde	590933	27,99	243253	19,56	834186	24,87
<b>Total</b>	<b>2110978</b>	<b>62,93</b>	<b>1243369</b>	<b>37,07</b>	<b>3354347</b>	<b>100</b>
Fonte: BI						
Acessado em 29/10/2012						

Fonte: CURITIBA d (2012)

## ANEXO 3 – Diagnósticos segundo Grupos da CID e Faixa Etária.

Diagnósticos segundo grupos da CID e faixa etária – Curitiba, 2011.

Grupo da CID	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 e +	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Infecção parasitária	9022	5,4	29570	9,8	15866	8,0	9361	5,8	10267	4,5	21553	4,4	12619	3,1	9068	2,2	6266	1,5	7105	1,3
Neoplasia	74	0,0	81	0,0	77	0,0	125	0,1	223	0,1	505	0,1	942	0,2	1819	0,4	1597	0,4	3001	0,5
Sangue/hematimunitar	333	0,2	724	0,2	276	0,1	195	0,1	301	0,1	499	0,1	528	0,1	826	0,2	609	0,1	1342	0,2
Endócrinas	392	0,2	1004	0,3	3467	1,7	4957	3,1	3124	1,4	6391	1,3	11216	2,7	22591	5,4	36416	8,9	58696	10,4
T. mentais	229	0,1	1439	0,5	7800	3,9	7262	4,5	6162	2,7	20837	4,2	29505	7,2	32976	7,9	25631	6,2	19492	3,5
S. nervoso	293	0,2	1022	0,3	2120	1,1	3322	2,1	4653	2,0	9127	1,9	8769	2,1	8609	2,1	6155	1,5	11623	2,1
Olho e anexos	3170	1,9	7189	2,4	5279	2,7	6126	3,8	5421	2,4	12357	2,5	8200	2,0	7047	1,7	6080	1,5	6624	1,2
Ouvindo/apóf. mastóide	3598	2,1	10970	3,7	5742	2,9	3272	2,0	2432	1,1	5121	1,0	4394	1,1	4355	1,0	4112	1,0	6270	1,1
Circulatório	60	0,0	151	0,1	249	0,1	435	0,3	1149	0,5	5306	1,1	13152	3,2	34902	8,3	60678	14,8	127837	22,7
Respiratório	51062	30,4	130150	43,3	72796	36,5	46128	28,5	43420	18,9	71712	14,6	47692	11,6	37880	9,1	31265	7,6	41346	7,3
Digestivo	3841	2,3	9142	3,0	4664	2,3	4152	2,6	8900	3,9	19547	4,0	14370	3,5	13767	3,3	12039	2,9	14482	2,6
Pele/subcut	5682	3,4	13409	4,5	8475	4,3	7104	4,4	7881	3,4	12975	2,6	10660	2,6	9967	2,4	9162	2,2	12423	2,2
Osteomuscular	98	0,1	626	0,2	1113	0,6	2847	1,8	7332	3,2	25280	5,1	31470	7,7	40866	9,8	41482	10,1	43934	7,8
Geniturinário	831	0,5	4254	1,4	3299	1,7	4042	2,5	16183	7,1	34513	7,0	28251	6,9	27341	6,5	22414	5,4	25292	4,5
Gravidez, parto e puerp	3	0,0	1	0,0	2	0,0	69	0,0	1264	0,6	2952	0,6	1447	0,4	234	0,1	45	0,0	68	0,0
Alec. período perinatal	1188	0,7	145	0,0	31	0,0	22	0,0	21	0,0	37	0,0	20	0,0	4	0,0	3	0,0	4	0,0
Malformação	655	0,4	430	0,1	245	0,1	225	0,1	129	0,1	128	0,0	96	0,0	91	0,0	67	0,0	51	0,0
Sint anormais exame	13552	8,1	33769	11,2	28586	14,4	23292	14,4	32431	14,1	62940	12,8	50678	12,4	49693	11,9	43647	10,6	57506	10,2
Lesões	2679	1,6	12698	4,2	9699	4,9	8803	5,4	10256	4,5	21690	4,4	15931	3,9	13104	3,1	9936	2,4	10401	1,8
Contato serv. saúde	71271	42,4	43717	14,5	29255	14,7	30231	18,7	67949	29,6	158286	32,2	119883	29,3	103355	24,7	93683	22,8	116556	20,7
<b>Total</b>	<b>168033</b>	<b>100,0</b>	<b>300491</b>	<b>100,0</b>	<b>199041</b>	<b>100,0</b>	<b>161970</b>	<b>100,0</b>	<b>229498</b>	<b>100,0</b>	<b>491756</b>	<b>100,0</b>	<b>409823</b>	<b>100,0</b>	<b>418495</b>	<b>100,0</b>	<b>411287</b>	<b>100,0</b>	<b>563953</b>	<b>100,0</b>

Fonte: BI / SMS Curitiba  
Acessado em 29/10/2012

Fonte: CURITIBA d (2012)

## ANEXO 4 - Qtd.aprovada por Faixa etária segundo Procedimento - Subgrupo 0302

Qtd.aprovada por Faixa etária segundo Procedimento - Subgrupo 0302 - Curitiba - 2011																				
Procedimento	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos e mais	Total	
<b>TOTAL</b>	<b>0,5%</b> <b>2.017</b>	<b>1,0%</b> <b>4.258</b>	<b>1,0%</b> <b>4.385</b>	<b>2,3%</b> <b>10.049</b>	<b>2,3%</b> <b>9.799</b>	<b>1,9%</b> <b>8.140</b>	<b>2,9%</b> <b>12.653</b>	<b>3,5%</b> <b>15.168</b>	<b>4,6%</b> <b>19.693</b>	<b>7,0%</b> <b>30.340</b>	<b>9,7%</b> <b>41.927</b>	<b>12,1%</b> <b>52.321</b>	<b>12,5%</b> <b>53.947</b>	<b>11,3%</b> <b>48.946</b>	<b>10,7%</b> <b>46.354</b>	<b>7,9%</b> <b>34.090</b>	<b>5,6%</b> <b>24.168</b>	<b>3,0%</b> <b>13.054</b>	<b>431.309</b>	
0302010017 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/POÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	-	-	-	2	-	-	-	2	2	6	19	83	247	175	170	107	82	41	936	0,2%
0302010025 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	-	-	-	-	-	-	-	2	13	2	15	29	51	34	32	24	5	2	209	0,0%
0302020012 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	10	10	-	30	-	29	30	1	10	54	176	288	124	133	136	90	100	60	1.281	0,3%
0302020020 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	-	-	-	-	-	8	4	5	13	2	155	204	141	362	366	185	309	134	1.888	0,4%
0302020039 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	-	-	-	24	-	25	82	115	384	749	1.289	968	1.575	1.249	1.239	781	446	342	9.268	2,1%
0302030018 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SI	15	13	5	3	-	-	10	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	48	0,0%
0302030026 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	2	-	-	3	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	17	0,0%
0302040013 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	10	9	-	10	-	-	1	4	-	9	27	1	25	146	39	78	39	110	508	0,1%
0302040021 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	213	111	23	77	7	1	25	-	20	38	29	28	10	173	115	113	61	166	1.210	0,3%
0302040030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	3	-	-	15	-	-	20	0,0%
0302040048 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/POÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	41	10	30	30	10	-	124	0,0%
0302040056 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	20	40	45	39	43	33	30	-	319	0,1%
0302050019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICA	275	1.775	1.737	3.006	2.366	1.814	3.501	2.835	3.147	4.600	4.613	5.306	4.637	3.541	3.050	1.881	1.630	1.069	50.783	11,8%
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	910	1.061	2.116	6.000	6.380	5.642	8.251	11.322	14.781	23.467	33.523	42.798	44.226	40.450	38.116	28.711	19.634	10.124	337.512	78,3%
0302060014 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SI	56	144	269	521	598	415	551	686	1.099	1.076	1.665	1.978	2.226	2.294	2.343	1.527	1.403	799	19.650	4,6%
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/ COMPLICAÇÕES SI	26	8	102	123	195	136	69	155	202	168	282	390	538	296	643	490	373	184	4.380	1,0%
0302060030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	499	1.127	123	228	173	-	93	40	10	44	58	51	33	24	23	23	15	12	2.576	0,6%
0302060049 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	-	-	10	20	29	20	30	-	4	-	13	6	6	3	-	-	21	10	172	0,0%
0302060057 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/POÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	1	-	-	2	51	-	4	-	8	6	33	11	18	17	7	2	10	1	171	0,0%
0302070036 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADURAS)	-	-	-	-	-	40	-	-	-	47	10	140	-	-	-	-	-	-	237	0,1%

Fonte: DATASUS

## ANEXO 5 – Valor aprovado por Tipo de Prestador - Procedimento - Subgrupo 0302

Valor aprovado por Tipo de prestador segundo Procedimento - Curitiba 2011									
Procedimento	Estabelecimento Federal	Estabelecimento Estadual	Estabelecimento Municipal	Estabelecimento Privado com Fins Lucrativos P.J/PF	Estabelecimento Privado Lucrativo SIMPLES	Estabelecimento Privado sem Fins Lucrativos	Estabelecimento Filantrópico com CNAS válido	Total	
%	2,9%	7,7%	0,2%	52,9%	4,3%	18,1%	13,9%	100,0%	%
<b>TOTAL</b>	<b>68.164,64</b>	<b>182.462,65</b>	<b>5.283,20</b>	<b>1.249.247,92</b>	<b>102.018,71</b>	<b>428.368,24</b>	<b>327.489,56</b>	<b>2.363.034,92</b>	
0302010017 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/ÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	1.638,30	-	-	-	12,7	5.664,20	4.406,90	11.722,10	0,5%
0302010025 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	1.368,31	-	-	382,94	23,35	-	-	1.774,60	0,1%
0302020012 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	-	-	-	577,85	57,15	838,2	63,5	1.536,70	0,1%
0302020020 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	-	-	-	-	46,7	6.892,92	6.990,99	13.930,61	0,6%
0302020039 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	1.047,75	-	-	552,45	-	82.670,65	65.595,50	149.866,35	6,3%
0302030018 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SI	342,9	-	-	-	-	-	-	342,9	0,0%
0302030026 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	42,03	-	-	46,7	168,12	-	-	256,85	0,0%
0302040013 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1.244,60	-	-	374,65	203,2	152,4	330,2	2.305,05	0,1%
0302040021 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	583,75	-	-	3.866,76	929,33	583,75	803,24	6.766,83	0,3%
0302040030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	-	-	-	-	28,02	224,16	46,7	298,88	0,0%
0302040048 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/ÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	-	-	-	127	-	-	-	127	0,0%
0302040056 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	37,36	-	-	280,2	149,44	186,8	200,81	854,61	0,0%
0302050019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICA	6.007,10	68.421,25	-	135.661,40	8.636,00	46.329,60	68.662,55	333.717,90	14,1%
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	43.907,34	101.409,05	-	1.028.268,62	84.783,85	256.920,05	175.153,02	1.690.441,93	71,5%
0302060014 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SI	1.755,92	854,61	-	65.482,74	6.523,99	8.186,51	4.978,22	87.781,99	3,7%
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/ COMPLICAÇÕES SI	5.715,00	-	-	11.214,10	215,9	19.672,30	152,4	36.969,70	1,6%
0302060030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	3.731,33	11.777,74	-	1.821,30	177,46	46,7	42,03	17.596,56	0,7%
0302060049 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	254	-	5.283,20	63,5	-	-	-	5.600,70	0,2%
0302060057 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/ÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	488,95	-	-	-	63,5	-	63,5	615,95	0,0%
0302070036 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MEDIO E GRANDE QUEIMADOS)	-	-	-	527,71	-	-	-	527,71	0,0%

Fonte: DATASUS

## ANEXO 6 – Serviços Especializados em Fisioterapia prestadores de atendimento ao SUS.



**Indicadores - Serviços Especializados**

Estado: PARANA

Município: CURITIBA

Tipo de Serviço:

Serviço Especializado: SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

	Estabelecimento
	APPP
	APR
	CASA DO HEMOFILICO
	CEAME
	CEMEP
	CENTRO HOSPITALAR DE REABILITACAO DO PARANA
	CLINICA GANDHI
	CRAID
	CRE METROPOLITANO
	E M E E ALI BARK
	E M E E HELENA W ANTIPOFF
	E M E E THOMAZ EDISON VIEIRA
	HNSG
	HNSG MATERNIDADE MATER DEI
	HOSPITAL DE CLINICAS
	HOSPITAL DO IDOSO ZILDA ARNS
	HOSPITAL DO TRABALHADOR
	HOSPITAL ERASTO GAERTNER
	HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE
	HOSPITAL SANTA CASA
	HOSPITAL SAO VICENTE
	HOSPITAL SAO VICENTE CIC
	HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU
	HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITIBA
	INSTITUTO DE FISIOTERAPIA E REABILITACAO
	INSTITUTO SARA
	REABILITHARE
	REALMED
	REVITARE
	UMS OUVIDOR PARDINHO PSF
	UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANA
	UPA BOA VISTA
	UPA BOQUEIRAO
	UPA CAJURU
	UPA CAMPO COMPRIDO
	UPA PINHEIRINHO

Fonte: CNES