



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

MARINA GABRIEL DA ROSA

**DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DOS FISIOTERAPEUTAS NA REGIÃO DO
EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA**

Araranguá - SC

2021

MARINA GABRIEL DA ROSA

**DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DOS FISIOTERAPEUTAS NA REGIÃO DO
EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA**

Artigo apresentado para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Fisioterapia do Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Iane Franceschet de Sousa.

Araranguá - SC

2021

Dedico este trabalho a todos, que direta ou
indiretamente, fizeram parte desta
jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por ELE ter me cuidado e guiado até aqui. Por me mostrar que tudo que é feito com amor e dedicação geram bons frutos.

Aos meus pais José e Maria e meu irmão Fabiano, por me incentivarem a seguir os meus sonhos e não desistir com as dificuldades que aparecem a minha frente.

Ao meu esposo, Leonardo, por todo apoio e cuidado, e por ser meu apoio quando eu precisei.

Aos meus amigos e amigas, por acreditarem em mim e serem meus companheiros durante esta fase de minha vida.

A minha orientadora Iane, por sempre me incentivar e compreender nos momentos difíceis e que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	6
LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
1. INTRODUÇÃO	13
1.1.Fundamentação teórica	14
1.1.1.Atuação do fisioterapeuta no sistema público de saúde e no setor privado	14
1.1.2.Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil:	16
1.1.3.Distribuição territorial de fisioterapeutas em Santa Catarina:	17
2. MATERIAL E MÉTODO	17
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
5. REFERÊNCIAS.....	26
ANEXO A: Normas para a Submissão de manuscrito na revista Research, Society and development.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Indicadores de saúde, conforme dados do IBGE	20
Tabela 2- Número de profissionais fisioterapeutas por mil habitantes, de acordo com dados do CREFITO-10.....	21
Tabela 3 - Número de profissionais fisioterapeutas por mil habitantes, de acordo com dados do CNES.....	22
Tabela 4 - Distribuição dos profissionais fisioterapeutas de acordo com o tipo de vínculo de trabalho, conforme dados do CNES. ...	24

LISTA DE FIGURAS

Figure 1- Localização geográfica do estado de Santa Catarina.....	19
Figure 2 - Divisão das mesorregiões no estado de Santa Catarina.....	19
Figure 3- Divisão administrativa da região do extremo sul de Santa Catarina (AMESC).	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMESC - Associação dos Municípios do Extremo Sul de Santa Catarina

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

SUS - Sistema Único de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM- Índice de desenvolvimento Humano Municipal

PIB - Produto Interno Bruto

TMI- Taxa de mortalidade infantil

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

O artigo encontra-se nas normas da revista Research, Society and Development (ANEXO A).

Distribuição territorial dos fisioterapeutas na região do extremo sul de Santa Catarina
Territorial distribution of physiotherapists in the extreme south region of Santa Catarina
Distribución territorial de fisioterapeuta en la extrema región sur de Santa Catarina

Marina Gabriel da Rosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3133-4794>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: marina_gabriel1@hotmail.com

Iane Franceschet de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2061-2851>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: ianefran@gmail.com

RESUMO

A área de atuação da Fisioterapia atende todos os níveis de atenção à saúde, desde a promoção até a reabilitação. Um dos problemas já identificados na literatura é que a oferta de ações e serviços pertinentes à Fisioterapia, no Brasil, apresenta desigualdades regionais, sendo importante sua investigação para direcionamento de políticas públicas. Desta forma, o presente estudo tem por objetivo investigar a distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas atuantes na região do extremo sul de Santa Catarina, contemplando a região da AMESC, bem como a distribuição dos fisioterapeutas no setor público e privado. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado por meio da análise dos dados de profissionais fisioterapeutas cadastrados no CNES e no CREFITO-10 em dezembro de 2020, distribuídos nos 15 municípios da região da AMESC. Os resultados obtidos demonstram que o número de profissionais tende a se concentrar mais nos municípios de maior porte, onde há mais oportunidades no mercado de trabalho e acesso mais facilitado à população. Além disso, os municípios menores da região da AMESC, os quais são considerados áreas rurais, possuem uma relação de profissionais por mil e quinhentos habitantes abaixo das recomendações da OMS. Salienta-se a necessidade de realização de novas pesquisas para investigar a distribuição territorial dos fisioterapeutas em Santa Catarina, sobretudo a partir dos últimos 10 anos, em que houve uma explosão no crescimento do número de cursos de graduação no estado.

Palavras-chave: Fisioterapia; Saúde Pública; Capacitação Profissional.

ABSTRACT

The area of action of Physiotherapy serves all levels of health care, from promotion to rehabilitation. One of the problems already identified in the literature is that the offer of actions and services relevant to Physiotherapy, in Brazil, presents regional inequalities, and its investigation is important to guide public policies. Thus, the present study aims to investigate the territorial distribution of physical therapist professionals working in the extreme south region of Santa Catarina, covering the AMESC region, as well as the distribution of physical therapists in the public and private sector. This is a descriptive, cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out by analyzing the data of physical therapists registered at CNES and CREFITO-10 in December 2020, distributed in the 15 municipalities in the AMESC region. The results obtained show that the number of professionals tends to concentrate more in the larger municipalities, where there are more opportunities in the job market and easier access to the population. In addition, the smaller municipalities in the AMESC region, which are considered rural areas, have a ratio of professionals per fifteen hundred inhabitants below WHO recommendations. We emphasize the need for further research to investigate the territorial distribution of physiotherapists in Santa Catarina, especially from the last 10 years, when there was an explosion in the growth in the number of undergraduate courses in the state.

Keywords: Physiotherapy; Public health; Professional training.

RESUMEN

El área de actuación de la Fisioterapia atiende a todos los niveles asistenciales, desde la promoción hasta la rehabilitación. Uno de los problemas ya identificados en la literatura es que la oferta de acciones y servicios relevantes para la Fisioterapia, en Brasil, presenta desigualdades regionales, y su investigación es importante para orientar las políticas públicas. Así, el presente estudio tiene como objetivo investigar la distribución territorial de los profesionales

fisioterapeutas que trabajan en la región extremo sur de Santa Catarina, abarcando la región AMESC, así como la distribución de los fisioterapeutas en el sector público y privado. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, realizado mediante el análisis de los datos de los fisioterapeutas registrados en el CNES y CREFITO-10 en diciembre de 2020, distribuidos en los 15 municipios de la región AMESC. Los resultados obtenidos muestran que el número de profesionales tiende a concentrarse más en los municipios de mayor tamaño, donde hay más oportunidades en el mercado laboral y más fácil acceso a la población. Además, los municipios más pequeños de la región AMESC, que se consideran áreas rurales, tienen una proporción de profesionales por mil quinientos habitantes por debajo de las recomendaciones de la OMS. Destacamos la necesidad de realizar más investigaciones para investigar la distribución territorial de los fisioterapeutas en Santa Catarina, especialmente desde los últimos 10 años, cuando hubo una explosión en el crecimiento del número de cursos de pregrado en el estado.

Palabras llave: Fisioterapia; Salud pública; Entrenamiento profesional.

1. INTRODUÇÃO

Globalmente, existe uma crise de grave escassez e má distribuição de profissionais de saúde que é exacerbada pela transição demográfica, as mudanças epidemiológicas, bem como das mudanças sociais que têm ocorrido no mundo (Crisp & Chen, 2014). Estima-se que 57 países em desenvolvimento enfrentam uma crise grave, na medida em que possuem recursos humanos insuficientes para atender às necessidades mínimas de saúde da população. A escassez é agravada por um desequilíbrio global entre a disponibilidade de profissionais de saúde e o crescimento das demandas do setor saúde (Crisp & Chen, 2014).

Outro fator agravante na distribuição territorial de profissionais de saúde se refere às populações rurais, cujos locais de residência geralmente não conseguem atrair ou reter profissionais da saúde (Crisp & Chen, 2014). Afim de minimizar esta problemática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado políticas de recrutamento e fixação de profissionais da área da saúde, afim de facilitar o acesso à saúde para as populações mais vulneráveis (Who, 2010; Matsumura et al., 2018).

Diversos fatores influenciam diretamente na desigualdade de distribuição dos profissionais de saúde, entre eles o fisioterapeuta, destacando o aumento significativo da migração dos profissionais para centros urbanos mais consolidados, onde o mercado de trabalho é mais dinâmico e há melhores oportunidades de trabalho, mas não necessariamente maiores salários (Who, 2010; Dal Poz, 2018; Crisp & Chen, 2014).

No Brasil, esta desigualdade está presente em regiões como norte e centro-oeste, onde o número de fisioterapeutas é muito pequeno, situação causada pelas dificuldades nos transportes ou deslocamentos até os centros de atendimento à saúde. Além disso, são regiões com maior número de moradores em área rural, reiterando este fator como uma barreira para a utilização de serviços em saúde (Tavares et al., 2016).

Outra questão também importante se refere a instalação de universidades, com devido aporte de investimento para crescimento e desenvolvimento desses centros de ensino, tanto públicas quanto particulares. No Brasil, as regiões norte e centro-oeste têm um baixo número de universidades e de cursos da área da saúde, em comparação com as regiões sul e sudeste. Isso afeta diretamente a disponibilidade de profissionais para realizar assistência à saúde da população (Tavares et al., 2016).

Na região sul do país, especificamente no estado de Santa Catarina, a distribuição dos fisioterapeutas também se concentra nos grandes centros urbanos. A maioria dos fisioterapeutas atuantes tem como vínculo empregatício o sistema privado de saúde. Muitos dos municípios do estado de Santa Catarina não contam com a presença de fisioterapeutas no sistema público de saúde, muitas vezes tendo que se encaminharem pacientes para os grandes centros, a fim de receber o atendimento fisioterapêutico (Altamiranda, 2003; Costa et al., 2012).

Um dos fatores que influencia no baixo número de fisioterapeutas nos pequenos municípios é a escassa oferta de vagas no mercado de trabalho, ocorrendo à migração dos profissionais para locais onde existem mais oportunidades de trabalho. Destaca-se que o mercado de trabalho não se relaciona com as demandas reais de saúde da população, mas vincula-se à busca de empregos e salários melhores (Altamiranda, 2003).

Alguns autores destacam que as pesquisas relativas à distribuição de fisioterapeutas no sistema de saúde, quanto ao percentual de municípios que possuem esse profissional, ainda são incipientes (Tavares et al., 2016; Matsumura et al., 2018).

A Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC) foi criada no dia 5 de setembro de 1979. Criada para fortalecer a estrutura técnica e administrativa dos municípios filiados, atuava meramente no caráter reivindicatório. A Amesc se faz presente em todas as batalhas travadas pela região, demonstrando seu vigor na defesa dos interesses de seus cidadãos. A associação conta com profissionais na área de assistência social, tecnologia da informação, movimento econômico, contabilidade, administração, turismo e cultura, dentre outras áreas (AMESC,2020).

Diante deste cenário, o presente estudo objetiva investigar a distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas atuantes na região do extremo sul de Santa Catarina, contemplando a região da AMESC, bem como a distribuição dos fisioterapeutas no setor público e privado. Destaca-se a relevância científica do presente estudo, afim de contribuir com o conhecimento do perfil de distribuição dos fisioterapeutas na região, possibilitando ações que visem o melhor acesso a este profissional.

1.1. Fundamentação teórica

1.1.1. Atuação do fisioterapeuta no sistema público de saúde e no setor privado

No Brasil, a fisioterapia teve sua regulamentação através do Decreto-Lei n.938/1969 (BRASIL, 1969) e, desde então, tem conquistado seu espaço e respeito. Muitos são os desafios presentes até hoje, pois a prática fisioterapêutica está mais centrada em ações de reabilitação nos níveis secundários e terciários em saúde, havendo também necessidade de se consolidar na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na promoção e prevenção (Bim & González, 2020).

Sabe-se que a fisioterapia deve atuar na visão ampliada de saúde, incorporando ações de promoção, prevenção, recuperação, manutenção e diagnóstico de problemas cinético-funcionais, adquiridos por traumas ou alterações genéticas, bem como outros acometimentos à saúde humana (Silva & Chiapeta, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem criado estratégias para promover um melhor acompanhamento das famílias brasileiras, promovendo acesso a consultas médicas especializadas e o encaminhamento para fisioterapeutas, quando necessário. Entretanto, este profissional nem sempre se encontra presente nas equipes de saúde, ficando na dependência da gestão municipal para sua inclusão. Quando o fisioterapeuta está integrado às equipes de saúde, ele pode contribuir com um planejamento para determinado público, executando medidas preventivas e promovendo educação em saúde, que vão além dos aspectos curativos (Silva & Chiapeta, 2017).

Quando se tem uma equipe multidisciplinar trabalhando no SUS, o prognóstico de saúde da população tende a ser positivo, pois as estratégias de promoção e prevenção em saúde estão focadas na resolução dos problemas presentes em determinado público, levando informação e conhecimento para cada um deles (Silva & Chiapeta, 2017). O trabalho em equipe multidisciplinar é uma das formas mais eficazes de se avaliar um paciente, pois amplia o olhar do ponto de vista de vários profissionais, desde médico, enfermeiro, fisioterapeuta, cirurgião-dentista, farmacêutico, educador físico, entre outros (Altamiranda, 2003).

Pode-se afirmar que o SUS é um dos programas de assistência à saúde de maior cobertura no mundo. Sua criação trouxe avanços voltados à ampliação das ações de saúde, com destaque para a prevenção e promoção em saúde. Todavia, ainda existem inúmeras desigualdades regionais relacionadas à saúde, como a falta de profissionais em determinadas regiões do Brasil, assim como a maior densidade em outras, o que se torna um desafio em relação ao acesso (Tavares et al.,2016).

Em relação ao papel do fisioterapeuta, inicialmente, a profissão não estava ligada à prevenção de doenças, e sim à recuperação e reabilitação de problemas de saúde, atuando mais nos níveis de maior complexidade.

Esta característica era mais marcante quando a Fisioterapia ainda era uma profissão ligada à Medicina (Leal et al., 2015; Formiga & Ribeiro, 2012).

Almeida e Guimarães (2009) discutem que, de maneira geral, a Fisioterapia, assim como outras profissões da saúde, caminha no sentido da valorização da doença e consequente reabilitação da saúde, afim de tratar doenças já instaladas, dando um aspecto mais curativo para a profissão.

A partir do advento do SUS na década de 1980, ocorreu o estímulo à promoção da saúde e prevenção das doenças como uma nova forma de organização da atenção à saúde, disseminado por políticas públicas. Estas são fundamentadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, objetivando consolidar os pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Bispo Júnior, 2010).

O profissional fisioterapeuta, dentro de suas competências e através de seus saberes, está apto a colaborar tanto na reabilitação da saúde, quanto na prevenção de doenças, nos diversos níveis de atenção à saúde. Desta maneira, o escopo da Fisioterapia no desenvolvimento de ações na Atenção Básica inclui a promoção e prevenção em saúde de diferentes grupos, desde gestantes até pessoas com idades avançadas (Bispo Júnior, 2010).

Diante deste cenário, a fisioterapia necessitou de uma releitura de seus fundamentos e análise de sua prática, com vistas a adaptar-se a essa realidade e contribuir para a mudança do quadro social e sanitário do país. Assim, no sentido de buscar a inserção no sistema de saúde e ampliar seu papel social, o fisioterapeuta também passou a atuar nos níveis da Atenção Primária à Saúde, destacando o trabalho deste profissional na promoção da saúde (Bispo Júnior, 2010).

Todavia, a inserção do fisioterapeuta no mercado de trabalho mostra que mais da metade está inserida no setor privado, enquanto a menor parte trabalha no setor público ou em ambos os locais. De fato, a inserção do fisioterapeuta na rede privada de serviços de saúde possui maior amplitude, caracterizando uma prática profissional focada para o mercado privado (Almeida & Guimarães, 2009).

A pesquisa realizada por Almeida e Guimarães (2009) retratou o perfil dos fisioterapeutas brasileiros, destacando algumas dificuldades encontradas no mercado de trabalho, como baixos salários, saturação do mercado de trabalho e grande concorrência, ainda, sensação de pouco reconhecimento social.

Pode-se dizer que a participação do fisioterapeuta na Atenção Básica é muito importante, pois este profissional pode desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde para a comunidade, sem perder seu papel na reabilitação (Leal et al., 2015).

A fisioterapia coletiva engloba e amplia a fisioterapia reabilitadora, o que possibilita o desenvolvimento da prática fisioterapêutica tanto no controle de danos quanto no controle de riscos. Enquanto a fisioterapia reabilitadora esta focada em encontrar soluções para a cura de determinadas doenças, reabilitando sequelados de patologias diversas e desenvolvendo a capacidade residual funcional em indivíduos com lesões irreparáveis, a fisioterapia coletiva esta também incentivando a atuação no controle de riscos, ou seja em fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da doença. A fisioterapia pode trabalhar nestes dois modelos de atuação, mas, no controle de danos a intervenção ocorre quando a doença já está instalada, podendo ja estar em estágio avançado. No controle de riscos a intervenção ocorre antes de a doença acontecer, podendo trabalhar antes do aparecimento das sequelas e limitações, podendo esta também ser trabalhada em indivíduos não doentes com intuito de prevenção (Bispo Junior, 2010).

Na fase de formação deste profissional, o ensino sobre os aspectos da profissão voltados ao setor público ainda fica muito a desejar. De maneira geral, o ensino está mais centrado nos aspectos voltados a reabilitação, quando

a patologia já está presente, sendo que este profissional tem a capacidade de intervir antes mesmo do processo estar presente, podendo assim evitá-lo (Leal et al., 2015).

Alves e colaboradores (2020) realizaram revisão integrativa sobre a inserção e atuação do fisioterapeuta e o trabalho desenvolvido junto à Atenção Primária no SUS. Como resultado, encontraram quinze artigos que se enquadram na temática da pesquisa. Isso demonstra que ainda há escassa literatura publicada sobre a atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária, destacando a necessidade deste profissional nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, especialmente no setor público.

1.1.2. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil:

O SUS, atualmente, é um dos sistemas públicos de saúde de maior cobertura do mundo e sua criação trouxe diversos e significativos avanços para a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde no Brasil, porém, ainda vemos a existência de desigualdade nas regiões (Tavares et al., 2016).

Um dos principais problemas enfrentados no setor de saúde é a desigualdade na distribuição dos recursos e profissionais da área da saúde, onde há muitos profissionais nas áreas urbanas e poucos nas áreas rurais (Matsumura, et al., 2018; Tavares et al., 2016).

As áreas rurais são menos favorecidas para fixação de fisioterapeutas, tendo em vista o menor desenvolvimento socioeconômico. Quanto maior for o Produto Interno Bruto (PIB) da região, maior será o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), resultando em melhor oferta dos serviços de saúde e saneamento básico. Portanto, em municípios com IDH maior, melhor tende a ser a qualidade de vida da população, refletindo assim em melhor e maior concentração de profissionais atuando na região (Matsumura, et al., 2018; Tavares et al., 2016).

Quando se faz uma análise da distribuição dos profissionais de fisioterapia pelo Brasil, observa-se que eles se concentram mais na região sudeste e com uma baixa concentração na região norte, mesmo sendo de grande proporção territorial. A região sul está como uma das regiões com baixa a média concentração de fisioterapeutas, tendo uma média de 1,04 profissionais por 1.000 habitantes (Matsumura, et al., 2018).

A distribuição desigual de fisioterapeutas no território nacional se reflete na relação do número de cadastros por mil habitantes, sendo observada para a região sudeste a relação de aproximadamente 3 vezes aquela verificada no norte do país (Tavares et al., 2016).

Um dos motivos para esta desigualdade de profissionais fisioterapeutas em determinados locais, como a região norte, é a dispersão territorial e a dificuldade no transporte/locomoção até os centros de saúde. Este fato promove uma barreira para as pessoas que residem em áreas rurais e menos desenvolvidas. Outra razão que pode justificar também esta desigualdade entre as regiões é a falta de recursos e tecnologias em regiões menos favorecidas economicamente. Quanto maior o nível de informação e tecnologias, maior é o nível de saúde e educação (Matsumura, et al., 2018; Tavares et al., 2016).

De acordo com Almeida e Guimarães (2009), as representações geométricas são proporcionais ao total de fisioterapeutas de cada conselho profissional, refletindo em grandes concentrações de fisioterapeutas na região sudeste e menor número nas demais regiões.

1.1.3. Distribuição territorial de fisioterapeutas em Santa Catarina:

Em agosto de 2002 existiam 1.328 fisioterapeutas inscritos no conselho de classe do estado de Santa Catarina. Já em 30 de julho de 2003, os registros indicavam 1.633 fisioterapeutas, o que apontou um crescimento de 23% em apenas um ano, independente de distribuição territorial, mercado de trabalho, perspectiva futura da categoria e a oferta/demanda no Estado (Altamiranda, 2003).

O Estado de Santa Catarina possuía 293 municípios em julho de 2003. Os totais de 1328 fisioterapeutas encontravam-se distribuídos em 124 (42,32%) destes municípios, sendo que sua concentração acontecia principalmente em 20 municípios que reuniam 1074 profissionais, ou 80,87% do total. Desta forma, fica evidenciado a desproporção distributiva deste profissional de saúde naquela época (Altamiranda, 2003).

Os municípios que acolhiam o maior número de fisioterapeutas eram: Florianópolis – 291; Joinville – 217; Blumenau – 122; Balneário Camboriú – 58; e Lages – 47. Nestes cinco municípios totalizavam 55,34% dos profissionais no estado até agosto/2002, enquanto detinham apenas 23,5% da população total do estado (Altamiranda, 2003).

Outro estudo publicado por Costa e colaboradores (2012), revelou que havia 2.197 fisioterapeutas cadastrados no CNES em 2010, em Santa Catarina. Deste total, 537 profissionais atuavam no setor público e 1660 fisioterapeutas atuavam em estabelecimentos privados.

Conforme dados do Crefito-10, existem 9.694 fisioterapeutas cadastrados em Santa Catarina em 2020, constatando que houve um crescimento de 441% em 10 anos (Crefito-10, 2020). Pesquisas realizadas demonstram que há escassez de publicações atualizadas sobre o tema em questão (Almeida & Guimarães, 2009).

Considera-se que o processo de formação dos profissionais tem grande responsabilidade nesta situação, devido à expansão do ensino superior no Brasil. No ano de 196, existiam 6 cursos de graduação em fisioterapia, já em 1981, este número cresceu para 20 cursos. No ano de 1991, eram 41 cursos no Brasil. Em 2007, este número foi para 457 cursos e depois daí, foi crescendo cada vez mais (Almeida & Guimarães, 2009).

Atualmente, em Santa Catarina, existem 46 cursos de fisioterapia cadastrados no e-MEC, sendo que 31 cursos são oferecidos na modalidade presencial e 15 cursos na modalidade à distância (Ministério da Educação, 2020).

Portanto, também cabem às instituições formadoras, aos docentes, aos alunos, observar e refletir sobre a distribuição dos fisioterapeutas, a fim de possibilitar o acesso mais igualitário da população aos serviços prestados pela fisioterapia. Além disso, cabe uma análise sobre o quanto suas práticas têm se direcionadas para uma atuação centrada na promoção da saúde, na prevenção, que valorize mais as condições sociais e humanas na manifestação dos desequilíbrios orgânicos, uma atenção à saúde centrada no sujeito e de forma integral (Almeida & Guimarães, 2009).

2. MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa constitui-se em um estudo quantitativo, transversal, descritivo, desenvolvido por meio da análise de dados secundários provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DataSUS) e do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO-10) (Brasil, 2020; Crefito-10, 2020). Os dados coletados referem-se ao número de profissionais de Fisioterapia com inscrição definitiva no CREFITO-10, bem como pelo cadastro de profissionais no CNES, atuantes nos seguintes municípios: Araranguá, Balneário Gaivota, Balneário Arroio do

Silva, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo.

As informações foram coletadas nos seguintes sítios eletrônicos: <http://www.crefito10.org.br> e <http://cnes.datasus.gov.br/>. Ainda, as informações referentes às inscrições dos profissionais no CREFITO-10 foram solicitadas via e-mail, de forma oficial. As informações relacionadas ao número de habitantes por município foram divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de acordo com a população estivada de 2020, e coletadas no seguinte endereço eletrônico: <https://cidades.ibge.gov.br/>

A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2020. Foram incluídos os cadastros ativos de fisioterapeutas constantes nos sítios eletrônicos anteriormente citados, no momento da coleta de dados. Também foram excluídos da pesquisa os profissionais que não estavam com cadastro ativo no CREFITO e no CNES.

Como procedimento para a coleta de dados no sítio eletrônico do CNES, a consulta foi feita por município, selecionando a competência atual do mês corrente de realização da pesquisa, sendo disponibilizada uma planilha com os dados dos fisioterapeutas atuantes por município, bem como o setor de atuação, se público ou privado, conforme o estabelecimento de saúde encontra-se cadastrado na base de dados. É importante destacar que profissionais que atuam em mais de um estabelecimento geram um cadastro para cada local, podendo, desta forma, existir mais de um cadastro para o mesmo profissional. As análises deste estudo irão considerar o número de profissionais ativos e o número total de cadastros em estabelecimentos de saúde dos setores público e privado.

Para o cálculo da razão de fisioterapeutas por 1.500 habitantes foi utilizada a equação: (total de cadastros de fisioterapeutas x 1.500) / número de habitantes. Todos os dados foram analisados em planilha Microsoft Excel® e disponibilizados em tabelas.

Para a análise dos dados, foram consideradas as seguintes variáveis: número de fisioterapeutas por município; número total de fisioterapeutas na região da AMESC; razão de fisioterapeutas por 1.500 habitantes por município; razão de fisioterapeutas por 1.500 habitantes da região da AMESC; número de fisioterapeutas atuantes no setor público; número de fisioterapeutas atuantes no setor privado.

Por se utilizar de análises documentais sobre informações de acesso público, sem o envolvimento de seres humanos, este estudo dispensa o registro no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme disposto na Resolução n.466/12 (Brasil, 2012) e Resolução n.510/2016 (Brasil, 2016).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

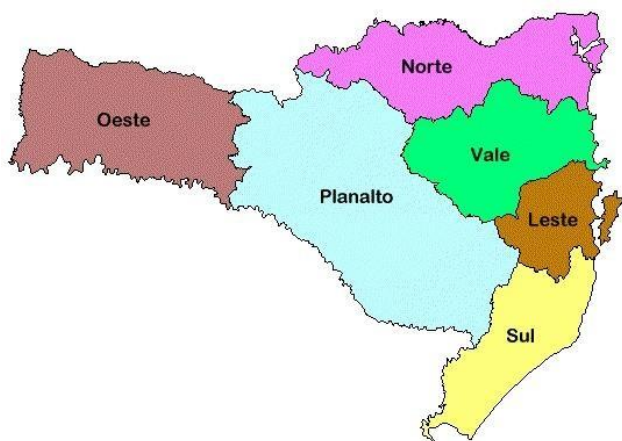
Santa Catarina é um estado da região sul do Brasil (Figura 1). O estado é dividido em 6 mesorregiões geográficas, sendo que o sul contém três microrregiões administrativas (Figura 2). A região da AMESC está localizada na porção geográfica do extremo sul do estado, conforme pode ser visualizado na Figura 3. A microrregião do extremo sul de Santa Catarina é composta por 15 municípios, sendo que todos possuem menos de 100 mil habitantes. Araranguá é considerado o município polo, por ser o mais populoso. A região da AMESC é considerada área rural, pois todos os municípios que a compõem possuem zona rural e economia baseada na agropecuária.

Figure 1- Localização geográfica do estado de Santa Catarina.



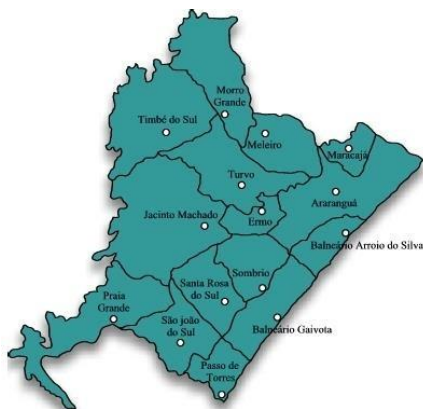
Fonte: Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Catarina>. Acesso em: 3 mar 2021

Figure 2 - Divisão das mesorregiões no estado de Santa Catarina.



Fonte: Disponível em: <<https://www.infoescola.com/mapas/mapa-geografico-santa-atarina/>>. Acesso em: 3 mar 2021

Figure 3- Divisão administrativa da região do extremo sul de Santa Catarina (AMESC).



Fonte: Disponível em: <<https://ndmais.com.br/economia-sc/consorcio-de-saude-se-inviabiliza-com-rombo-milionario/>>. Acesso em: 3 mar 2021

Segundo Carneiro e colaboradores, a taxa de mortalidade infantil (TMI) é o mais tradicional dos indicadores de saúde, expressa a combinação de fatores contextuais, hereditários e relacionados à atenção prestada à saúde da criança, reflete a situação de saúde e desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, distribuição de renda, entre outros. Crianças menores de um ano estão entre as mais vulneráveis à determinantes sociais de saúde, especialmente por limitações ao acesso à serviços primários, sendo potencialmente sensíveis à melhorias na sua condição de saúde, a partir de investimentos neste nível de atenção, com redução das internações hospitalares e mortalidade.

Com isso podemos observar na tabela 1, a relação de PIB com a taxa de mortalidade infantil, nos mostrando que quanto maior for o PIB da região, melhor será o IDHM, o que nos dá como resultado a redução da taxa de mortalidade infantil do município.

Tabela 1- Indicadores de saúde, conforme dados do IBGE

MUNICÍPIO	Nº DE HABITANTES	MORTALIDADE INFANTIL por MIL	PIB	IDHM
Araranguá	68.867	10,91	R\$ 27.132,74	0,760
Balneária gaivota	11.260	20,69	R\$ 14.239,64	0,728
Balneário Arroio do silva	13.430	Sem informação	R\$ 13.503,00	0,746
Ermo	2.061	Sem informação	R\$ 40.662,24	0,726
Jacinto machado	10.376	Sem informação	R\$ 31.700,91	0,716
Maracajá	7.378	11,11	R\$ 27.385,36	0,768
Meleiro	7.001	12,20	R\$ 34.105,74	0,738
Morro grande	2.888	20,41	R\$ 36.160,90	0,701
Passo de torres	9.048	19,05	R\$ 19.144,41	0,720
Praia grande	7.312	Sem informação	R\$ 21.879,04	0,718
Santa rosa do sul	8.378	18,02	R\$ 15.931,64	0,705
São Joao do sul	7.315	Sem informação	R\$ 26.468,77	0,695
Sombrio	30.733	11,88	R\$ 26.167,72	0,728
Timbé do sul	5.343	14,29	R\$ 24.069,78	0,720
Turvo	12.990	17,14	R\$ 42.026,53	0,740
TOTAL	204.380		R\$ 400.578,42	10,90

Fonte: IBGE cidades (2020).

*P/H= profissionais por habitante

Os resultados encontrados em relação à distribuição territorial dos fisioterapeutas na região da AMESC estão apresentados a seguir, nas tabelas 2 e 3, contendo o levantamento, sistematização e interpretação do quantitativo de profissionais fisioterapeutas com inscrição definitiva no CREFITO-10, e/ou cadastrados no CNES.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos fisioterapeutas por município, segundo os dados do CREFITO-10. É importante destacar que os profissionais estão inscritos neste Conselho de acordo com o município de residência. Neste sentido, em alguns casos, o profissional pode residir em um município e trabalhar em outro. Além disso, destaca-se que todos os fisioterapeutas que atuam no mercado de trabalho precisam estar inscritos no CREFITO, portanto, o número de fisioterapeutas, geralmente, é maior, comparado ao cadastrado no CNES.

Tabela 2- Número de profissionais fisioterapeutas por mil habitantes, de acordo com dados do CREFITO-10.

FISIOTERAPEUTAS PELO CREFITO -10			
MUNICÍPIO	Nº DE HABITANTES	Nº DE PROFISSIONAIS	(P/H)*1.500
Araranguá	68.867	129	2,80
Balneário Gaivota	11.260	14	1,86
Balneário Arroio do Silva	13.430	14	1,56
Ermo	2.061	1	0,72
Jacinto Machado	10.376	6	0,86
Maracajá	7.378	7	1,42
Meleiro	7.001	6	1,28
Morro Grande	2.888	1	0,51
Passo de Torres	9.048	10	1,65
Praia Grande	7.312	13	2,66
Santa Rosa do Sul	8.378	12	2,14
São Joao do Sul	7.315	4	0,82
Sombrio	30.733	43	2,09
Timbé do Sul	5.343	1	0,28
Turvo	12.990	18	2,07
TOTAL	204.380	279	22,72

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

*P/H= profissionais por habitante

Na Tabela 3 estão representados os profissionais cadastrados no CNES. Nota-se que o CNES possui cadastro do número de profissionais que atuam em estabelecimentos de saúde, tanto no setor público quanto privado. Portanto, estabelecimentos que não se enquadram como serviços de saúde, como estética, condicionamento físico, universidades, entre outros, não estão incluídos no DataSUS.

Tabela 3 - Número de profissionais fisioterapeutas por mil habitantes, de acordo com dados do CNES.

FISIOTERAPEUTAS PELO CNES			
MUNICÍPIO	Nº DE HABITANTES	Nº DE PROFISSIONAIS	(P/H)*1.500
Araranguá	68.867	23	0,50
Balneário Gaivota	11.260	4	0,53
Balneário Arroio do Silva	13.430	3	0,33
Ermo	2.061	3	2,18
Jacinto Machado	10.376	3	0,43
Maracajá	7.378	5	1,01
Meleiro	7.001	8	1,71
Morro Grande	2.888	2	1,03
Passo de Torres	9.048	3	0,49
Praia Grande	7.312	4	0,82
Santa Rosa do Sul	8.378	5	0,89
São Joao do Sul	7.315	5	1,02
Sombrio	30.733	15	0,73
Timbé do Sul	5.343	2	0,56
Turvo	12.990	10	1,15
TOTAL	204.380	95	13,38

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

*P/H= profissionais por habitante

O CNES foi instituído pela Portaria nº1646/15, sendo posteriormente alterado pela Portaria nº2022/17, constituindo-se como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o SUS (Brasil,2015; Brasil,2017).

São considerados ações e serviços de saúde de natureza humana aquelas realizadas em hospitais, clínicas e consultórios médicos. A necessidade de que o estabelecimento de saúde realize "ações e serviços de saúde humana" permite que a saúde seja entendida em seu amplo espectro, possibilitando a identificação de estabelecimentos que realizam ações de vigilância, regulação ou gestão da saúde, e não somente estabelecimentos de caráter assistencial. Do mesmo modo, impede seu uso para outros estabelecimentos que não têm o foco direto na saúde humana, como por exemplo os estabelecimentos que visam a saúde animal, os salões de beleza, as clínicas de estética, dentre outros, que embora estejam no escopo de atuação da vigilância sanitária, não devem ser considerados como estabelecimentos de saúde(Brasil,2017).

Comparativamente à Tabela 3, a Tabela 2 traz um número maior de fisioterapeutas cadastrados, porque abrange todos os profissionais inscritos no conselho profissional, inclusive aqueles que não atuam em estabelecimentos de saúde, como centros de estética, academias, estúdio de pilates, universidades, entre outros.

De acordo com dados do Crefito-10 (Tabela 2), Araranguá possui 129 fisioterapeutas cadastrados, sendo o maior município da região em termos de população. Neste sentido, possui uma relação de aproximadamente 2,80 fisioterapeutas para cada 1.500 habitantes, considerando o número de fisioterapeutas inscritos em Araranguá. Esta relação é maior do que aquela preconizada pela OMS, que, no que se refere ao quantitativo de profissionais fisioterapeutas por habitante, preconiza que para cada 1.500 habitantes deve haver um fisioterapeuta.

Dos 129 cadastros de fisioterapeutas pelo CREFITO-10 no município de Araranguá, 19 são docentes que

atuam em universidade pública. Portanto estes são profissionais que não realizam atendimento na área da saúde. Ao considerar o total de 110 fisioterapeutas, chega-se a uma razão de 2,39 fisioterapeutas cadastrados por 1.500 habitantes, mesmo assim continua sendo maior do que o preconizado pela OMS.

Segundo os dados da Tabela 2, as localidades de Ermo, Jacinto Machado, Morro Grande, São João do Sul, possuem um quantitativo de fisioterapeutas menor do que 1 por 1.500 habitantes. Portanto, existe uma desigualdade na distribuição de fisioterapeutas nesses municípios, em relação aos demais. Este fato é corroborado por Tavares e colaboradores (2016) e Matsumura e colaboradores (2018), os quais destacam que o arranjo da distribuição do quantitativo de fisioterapeutas por município não é preciso, o que deprecia a real relevância da profissão para a melhora da qualidade de vida da população.

Já conforme os dados do CNES, dispostos na Tabela 3, existem cadastrados no DataSUS 23 fisioterapeutas atuantes em estabelecimentos de saúde em Araranguá. Esta diferença se deve ao fato de que o CNES não possui o cadastro dos profissionais que não atuam em estabelecimentos de saúde. Já no Crefito, todos os fisioterapeutas precisam estar vinculados ao Conselho, mesmo que trabalhe em estabelecimentos de estética, universidades, etc.

Pelo CREFITO-10, a região da AMESC possui 279 fisioterapeutas cadastrados. Destes, 95 fisioterapeutas estão cadastrados pelo CNES, totalizando uma porcentagem de 34% do total do CREFITO. Os demais, ou seja, 184 fisioterapeutas (66%), provavelmente estão atuando em áreas não relacionadas à saúde, como estética, pilates e docência, entre outros locais de trabalho.

Em Araranguá, o município polo, 106 (82,2%) profissionais cadastrados no CREFITO-10 não possuem cadastro no CNES, possivelmente também atuam em estabelecimento que não são categorizados como estabelecimentos de saúde.

De acordo com a atuação dos fisioterapeutas nos setores público e privado, as informações compiladas na Tabela 4 demonstram que existem 80 fisioterapeutas que atuam em estabelecimentos de saúde do setor público, enquanto 24 atuam no setor privado. Em Araranguá, por exemplo, dos 26 fisioterapeutas cadastrados no CNES, três deles possuem mais de um vínculo, ou seja, atuam em ambos os setores (público e privado).

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais fisioterapeutas de acordo com o tipo de vínculo de trabalho, conforme dados do CNES.

MUNICÍPIO	SETOR PRIVADO	SETOR PÚBLICO	TOTAL
Araranguá	9	17	26
Balneário Gaivota	0	4	4
Balneário Arroio do Silva	0	4	4
Ermo	0	3	3
Jacinto Machado	0	3	3
Maracajá	0	5	5
Meleiro	6	4	10
Morro Grande	0	2	2
Passo de Torres	0	3	3
Praia Grande	1	4	5
Santa Rosa do Sul	0	5	5
São João do Sul	0	5	5
Sombrio	5	11	16
Timbé do Sul	0	3	3
Turvo	3	7	10
TOTAL	24	80	104

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Verifica-se, ainda, que apenas 5 municípios possuem estabelecimentos de saúde do setor privado, como clínicas e consultórios particulares. Isso corrobora com os achados encontrados por outros autores (Dal Poz, 2018; Tavares et al., 2016), de que há concentração dos profissionais em municípios maiores.

As informações da Tabela 4 demonstram que há poucos fisioterapeutas inseridos em estabelecimentos de saúde do setor privado. Em contrapartida, as Tabelas 2 e 3 mostram que os fisioterapeutas, em sua maioria, atuam em estabelecimentos que não são da área da saúde, provavelmente a maioria deles atuando no setor privado. Isso corrobora com as informações encontradas por outros autores (Almeida & Guimarães, 2009), os quais destacam que o setor que mais emprega é o privado.

Em relação ao setor público, nota-se pelas informações expostas na Tabela 4 que todos os municípios possuem fisioterapeutas vinculados a rede pública de saúde. Estes estabelecimentos incluem: Unidades Básicas de Saúde, Unidades Centrais de Saúde, APAEs, Clínicas Municipais de Fisioterapia, Academias de Saúde e hospitais. Isso demonstra que há contratação deste profissional pelo SUS, sendo que há menor número de fisioterapeutas em municípios com menor densidade territorial.

Os fisioterapeutas estão distribuídos da seguinte maneira no setor público: 3 fisioterapeutas em hospitais, 15 em clínicas, 36 em unidades de saúde, 14 em APAEs, 6 em academias de saúde e 6 em outras atividades. Já no setor privado contamos com: 22 fisioterapeutas inseridos em clínicas e apenas 2 em outras atividades.

Verifica-se, ainda, que na região da AMESC existe uma distribuição dos fisioterapeutas entre os 15 municípios, de forma razoavelmente equilibrada. Provavelmente, isso se deve ao fato da existência de universidades na região, sendo que uma delas é uma instituição federal de ensino superior, promovendo acesso público e gratuito. Tal fato

corroborar com o exposto por Tavares e colaboradores (2016), que a oferta de profissionais está relacionada com a existência de locais de formação, o que resulta em profissionais atendendo em municípios de grande e pequeno porte nas regiões em que há universidades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram que o número de profissionais fisioterapeutas atuantes na região da AMESC tende a se concentrar mais nos municípios de maior porte, onde há mais oportunidades no mercado de trabalho e acesso mais facilitado à população.

Além disso, devido à existência de instituições formadoras na região, a distribuição de fisioterapeutas não é tão defasada quanto em regiões onde a oferta de profissionais é menor. Apesar disso, os municípios menores da região da AMESC como Ermo, Morro Grande e Timbé do Sul, possuem uma relação de profissionais por mil habitantes abaixo das recomendações da OMS.

Uma limitação encontrada neste estudo foi a dificuldade em comparar os dados disponibilizados pelo CREFITO- 10 e pelo CNES, devido à diferença funcional das duas entidades. Esta disparidade se deve ao fato de o CNES conter somente informações referentes aos profissionais em atividade vinculados a estabelecimentos de saúde. Fisioterapeutas que se encontram em situação de desemprego, profissionais que não estejam atuando na área e fisioterapeutas em atividade que não apresentam vínculos com estabelecimentos de saúde, embora sejam contabilizados entre os profissionais inscritos no Conselho, não se encontram registrados no CNES. Portanto, neste sentido, a análise e discussão dos resultados foram efetuadas separadamente.

Destaca-se, ainda, a dificuldade em encontrar outros estudos e publicações sobre a distribuição territorial dos fisioterapeutas em Santa Catarina, demonstrando que há escassez de materiais publicados sobre o tema.

Diante disso, é necessário que novas pesquisas sejam realizadas para investigar a distribuição territorial dos fisioterapeutas em Santa Catarina, sobretudo a partir dos últimos 10 anos, em que houve uma explosão no crescimento do número de cursos de graduação no estado. Portanto, a presente pesquisa pretende contribuir para estimular a realização de novos estudos.

A melhoria na distribuição territorial dos fisioterapeutas na região da AMESC é fundamental, devido à necessidade de ampliação na cobertura de atendimento em fisioterapia, já que o trabalho do fisioterapeuta pode diminuir o tempo de doença e/ou internação, ajudando, dentro do possível, a superar as limitações físicas dos pacientes. Além disso, busca-se também garantir uma atenção de qualidade com custos operacionais decrescentes e, sobretudo, satisfazer as necessidades das pessoas assistidas por este profissional.

5. REFERÊNCIAS

- Almeida, AJ e Guimarães, RB. (2009). O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16(1), 82-88.
- Altamiranda, EF. (2003). Perfil do fisioterapeuta no estado de Santa Catarina. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Alves, NS et al. (2020). Perspectivas sobre o trabalho do fisioterapeuta na Atenção Básica: uma revisão integrativa. *Revista do Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*. 12(1) 1-8.
- AMESC (2020). A história da AMESC. <https://www.amesc.com.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/71114>.
- Bim, CR e González, A. (2020). Distribuição territorial de fisioterapeutas no Paraná e inserção em equipes na Atenção Básica. *Saúde e Pesquisa*, 13(1), 83-91.
- Bispo Junior, JP. (2010). Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*, 15(1), 1627- 1636.
- Brasil. (1969). *Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969*. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0938.htm
- Brasil. (2020). DataSUS. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde*. <http://cnes.datasus.gov.br/>
- Carneiro, V. B.; Alvarenga, E. C.; Moreira, A.C.G.; Lima, M.L.C.; Reis, L.P. Jr., & Oliveira, P.T.R. (2018). Avaliação da série histórica de mortalidade infantil, pib e atenção primária no Brasil em 13 anos. Associação Brasileira Rede Unida, 13º Congresso Internacional Rede Unida. ISSN 2446-4813.
- Conselho Nacional de Saúde, Brasil. *Resolução n.466 de 12 de dezembro de 2012*. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Costa, LR, Costa, JLR, Oishi, J e Driusso, P. (2012). Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Rev Bras Fisioter*, 16(5), 422-30.
- Crefito-10. (2020). *Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do estado de Santa Catarina*. <http://www.crefito10.org.br>
- Crisp N, Chen L. (2014). Global Supply of Health Professionals. *N Engl J Med*, 370(10), 950-958.
- Dal Poz, MR. (2013). A crise da força de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (10), 1924-1926.
- Formiga, NFB e Ribeiro, KSQS. (2012). Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF). *Revista brasileira de ciências da saúde*, 16(2), 113-122.
- IBGE. (2020). *Estimativa da população brasileira 2020*. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>
- Leal, DP, Santos, WS e Leite, PS. (2015). A fisioterapia e a saúde coletiva no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 3(1).
- Matsumura, ESS et al. (2018). Distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas no Brasil. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25(3), 309-314. Ministério da Educação. (2020). *Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior*. e-MEC. <https://emec.mec.gov.br/>
- Ministerio da Saúde. (2015). *Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html
- Ministerio da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.022, de 7 de agosto de 2017*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2022_15_08_2017_rep.html#:~:text=%22Estabelecimento%20de%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9%20o,sa%C3%BAde%20humana%20sob%20responsabilidade%20t%C3%A9cnica.%22
- Ministério da Saúde, Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.510 de 7 de abril de 2016*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Silva, NCA e Chiapeta, AV. (2017). Atuação da Fisioterapia na saúde pública. *Revista Científica Univiçosa*, 9(1), 646-50.
- Tavares, LRC, Costa, JLR., Oishi, J e Driusso, P. (2016). Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde cnes/2010. *Conscientia e Saúde*, 15(1), 53-61.
- World Health Organization. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations* Geneva: WHO <https://bit.ly/2k1soRe>

ANEXO A: Normas para a Submissão de manuscrito na revista *Research, Society and development*

Diretrizes do autor

1) Estrutura do texto:

- Título nesta sequência: Português, Inglês e Espanhol.
- Os autores do artigo (devem ser colocados nesta sequência: nome, ORCID, instituição, e-mail). NOTA: O número do ORCID é individual para cada autor, sendo necessário o registro no DOI e, em caso de erro, não é possível o registro no DOI).
- Resumo e Palavras-chave nesta sequência: Português, Inglês e Espanhol (o resumo deve conter o objetivo do artigo, metodologia, resultados e conclusão do estudo. Deve ter entre 150 e 250 palavras);
- Corpo do texto (deve conter as seções: 1. Introdução, na qual há contexto, problema estudado e objetivo do artigo; 2. Metodologia utilizada no estudo, bem como autores que fundamentam a metodologia; 3. Resultados (ou alternativamente, 3. Resultados e Discussão, renumerando os restantes subitens), 4. Discussão e, 5. Considerações finais ou Conclusão);
- Referências: (Autores, o artigo deve ter no mínimo 20 referências o mais atual possível. Tanto a citação no texto quanto o item de Referências, utilizam o estilo de formatação da APA - American Psychological Association. As referências devem ser completas e atualizadas. ordem alfabética ascendente, pelo sobrenome do primeiro autor da referência, não devem ser numerados, devem ser colocados em tamanho 8 e espaçamento 1,0, separados entre si por espaço em branco).

2) Layout:

- Formato do Word (.doc);
- Escrito em espaço de 1,5 cm, em fonte Times New Roman 10, no formato A4 e as margens do texto devem ser inferior, superior, direita e esquerda de 1,5 cm .;
- Os recuos são feitos na régua do editor de texto (não pela tecla TAB); Os artigos científicos devem ter mais de 5 páginas.

3) Figuras:

- A utilização de imagens, tabelas e ilustrações deve seguir o bom senso e, preferencialmente, a ética e a axiologia da comunidade científica que discute os temas do manuscrito. Observação: o tamanho máximo do arquivo a ser enviado é de 10 MB (10 mega).
- Figuras, tabelas, gráficos etc. (devem ter sua chamada no texto antes de serem inseridos. Após sua inserção, a fonte (de onde vem a figura ou tabela ...) e um parágrafo de comentário para dizer o que o leitor deve observar é importante neste recurso As figuras, tabelas e gráficos ... devem ser numeradas em ordem crescente, os títulos das tabelas, figuras ou gráficos devem ser colocados na parte superior e as fontes na parte inferior.

4) Autoria:

- O arquivo word enviado no momento da submissão NÃO deve conter os nomes dos autores.
- Todos os autores devem ser incluídos apenas no sistema da revista e na versão final do artigo (após análise pelos revisores da revista). Os autores devem ser cadastrados apenas nos metadados e na versão final do artigo em ordem de importância e contribuição para a construção do texto. NOTA: Os autores escrevem os nomes dos autores com a grafia correta e sem abreviaturas no início e no final do artigo e também no sistema da revista.

- O artigo deve ter no máximo 15 autores. Para casos excepcionais, é necessária consulta prévia à Equipe do Jornal.

5) Vídeos tutoriais:

- Novo registro de usuário: <https://youtu.be/udVFytOmZ3M>
- Passo a passo da submissão do artigo no sistema da revista: <https://youtu.be/OKGdHs7b2Tc>

6) Exemplo de referências APA:

- Artigo de jornal:

Gohn, MG e Hom, CS (2008). Abordagens teóricas para o estudo dos movimentos sociais na América Latina. Caderno CRH, 21 (54), 439-455.

- Livro:

Ganga, GM D.; Soma, TS e Hoh, GD (2012). Trabalho de conclusão de curso (TCC) em engenharia de produção . Atlas.

- Página da Internet:

Amoroso, D. (2016). O que é Web 2.0? <http://www.tecmundo.com.br/web/183-o-que-e-web-2-0->

7) A revista publica artigos originais e inéditos que não sejam postulados simultaneamente em outras revistas ou corpos editoriais.

8) Dúvidas: Qualquer dúvida envie um email para rsd.articles@gmail.com ou dorlivete.rsd@gmail.com ou WhatsApp (55-11-98679-6000)

- Aviso de direitos autorais

Os autores que publicam com esta revista concordam com os seguintes termos:

1) Os autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação com o trabalho simultaneamente licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons que permite que outros compartilhem o trabalho com um reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial neste periódico.

2) Os autores podem celebrar acordos contratuais adicionais separados para a distribuição não exclusiva da versão publicada da revista do trabalho (por exemplo, postá-la em um repositório institucional ou publicá-la em um livro), com um reconhecimento de sua versão inicial publicação neste jornal.

3) Os autores estão autorizados e encorajados a postar seus trabalhos online (por exemplo, em repositórios institucionais ou em seus sites) antes e durante o processo de submissão, pois isso pode levar a trocas produtivas, bem como a citações anteriores e maiores de trabalhos publicados.

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços informados a esta revista são de uso exclusivo e não serão repassados a terceiros.