REFLEXÃO CRÍTICA · INSTITUTO WALLACE — REFLEXÕES

Fisioterapia não é sessão

Por que o tratamento fisioterapêutico deveria ser contratado como plano, com prognóstico e critério de alta — e o que a ABFF levou ao COFFITO com o modelo PACTO-CIF

Prof. Dr. Ricardo Wallace das Chagas Lucas

Perito fisioterapeuta (Resolução COFFITO nº 466/2016) · CREFITO 10 e 8 / 14.404-F · CBO 2041-10

Florianópolis/SC, 9 de outubro de 2026

> *"Quantas sessões?" é a pergunta errada. A pergunta certa é: qual desfecho, em quanto tempo e por qual plano. Uma reflexão sobre a lógica do pagamento por evento e a proposta de valoração por episódio de cuidado qualificado pela CIF.*

1. A pergunta errada

Na porta de quase toda clínica de Fisioterapia, a primeira pergunta do paciente é a mesma: **"quantas sessões?"**. E, muitas vezes, a resposta também: "dez". Se não resolver, "mais dez". A lógica das "10 e 10 sessões" está tão naturalizada que poucos percebem o que ela comunica: que o fisioterapeuta vende **tempo de aparelho e de atendimento**, e não um **resultado funcional** planejado a partir de um diagnóstico.

Essa percepção não nasceu do acaso. Ela é herdeira de um desenho de remuneração por produção — por evento, por atendimento — que valoriza a quantidade de atos, não o desfecho que eles produzem. O Referencial Brasileiro de Procedimentos Fisioterapêuticos (RBPF), atualizado pela Resolução-COFFITO nº 618/2025, valora cada intervenção do seu Capítulo 3 de forma unitária, em coeficientes de valoração (CV). É um referencial importante e necessário; mas, sozinho, perpetua a ideia de que fisioterapia é uma soma de sessões.

> *O paciente não procura a Fisioterapia para comprar sessões. Procura para voltar a andar sem dor, a trabalhar, a dormir, a pegar o neto no colo. A sessão é meio; a funcionalidade é o fim.*

2. O que o pagamento por sessão produz

Ao contribuir com a consulta pública de revisão do RBPF, a Associação Brasileira de Fisioterapia Forense (ABFF) sistematizou quatro efeitos do modelo por evento que conflitam com a autonomia e com o nível de responsabilidade técnica que a profissão conquistou:

- **Incentiva o volume, não o desfecho**: quanto mais atendimentos, maior a valoração, independentemente do ganho funcional obtido.
- **Desloca a percepção social do fisioterapeuta**: de profissional que diagnostica, prognostica e dá alta para executor de "sessões".
- **Dissocia valoração e diagnóstico**: o diagnóstico fisioterapêutico (CBDF) e os qualificadores da CIF, produzidos na consulta, não repercutem no valor do plano que deles decorre.
- **Não valora o ciclo de reavaliação**: há código para a consulta, mas não para a reavaliação com requalificação funcional nem para a consulta de alta — justamente os atos que comprovam o desfecho.

Há ainda um efeito menos visível: o modelo por sessão transfere ao paciente a gestão do próprio tratamento. É ele quem decide se "vale a pena" mais uma sessão, como se estivesse comprando um produto avulso — quando a decisão sobre número, frequência e intensidade dos atendimentos é, por definição, **técnica**.

3. A analogia cirúrgica

Ninguém contrata um cirurgião por curativo. O honorário cirúrgico remunera o **ato terapêutico completo**, com os cuidados que o acompanham. O cirurgião diagnostica, indica, opera e acompanha até a alta, e o paciente sabe de antemão o que está contratando: um tratamento, não uma sequência de eventos.

A Fisioterapia comporta exatamente a mesma lógica. Desde a consulta, o fisioterapeuta estabelece o diagnóstico fisioterapêutico e a prescrição — e, a partir deles, o prognóstico —, competências reconhecidas pelo Decreto-Lei nº 938/1969, pela Resolução COFFITO nº 80/1987 e, no plano do diagnóstico de doenças, pelo veto ao art. 4º, I, da Lei nº 12.842/2013, resguardadas as competências próprias pelo §7º do mesmo artigo, entendimento acolhido pela 1ª Turma do STJ nos embargos de declaração no REsp nº 1.592.450/RS. Quem diagnostica e prognostica tem condições de **orçar o tratamento inteiro**.

4. A consulta como ato fundante

O ponto de partida de qualquer modelo por episódio é a consulta — que permanece **valorada à parte**, sempre. É nela que se produzem os elementos que tornam o plano orçável:

Quadro 1 — Produtos da consulta fisioterapêutica que fundamentam o plano

Produto	Pergunta que responde	Linguagem
Diagnóstico fisioterapêutico	Qual é o distúrbio cinético-funcional?	CBDF-1 (Res. COFFITO nº 610/2025)
Qualificação da deficiência	Quanto a funcionalidade foi afetada?	CIF — qualificadores de 0 a 4 (Res. COFFITO nº 370/2009)
Prognóstico	O que é possível alcançar, e em quanto tempo?	Evidência + raciocínio clínico
Plano terapêutico	Quais intervenções, em que dose e com que marcos de reavaliação?	RBPF (Res. COFFITO nº 618/2025)
Critério de alta	Como saberemos que o objetivo foi atingido?	Requalificação CIF

5. O PACTO-CIF: o plano valorado por inteiro

O modelo **PACTO-CIF** — *Plano Assistencial CIF de Tratamento Orçado* —, de nossa autoria e já praticado na relação particular com o cliente, estrutura-se em quatro princípios:

1. **Consulta primária e autônoma.** A consulta é sempre cobrada à parte e produz o diagnóstico (CBDF), o prognóstico, a qualificação CIF da deficiência e o critério de alta.
2. **Plano valorado por inteiro.** Aceito o plano, sua valoração refere-se ao episódio completo até a alta prognosticada. Número, frequência e datas dos atendimentos tornam-se decisão técnica do fisioterapeuta e não alteram o valor do plano.
3. **Porte definido pela régua da CIF.** O qualificador genérico da deficiência define a carga terapêutica prevista.

4. **Composição a partir do próprio RBPF.** O valor do plano é calculado com os coeficientes de valoração (CV) já vigentes, o que preserva a coerência interna do Referencial: o plano expressa, em CV, a complexidade do conjunto de intervenções que o compõem — cabendo a cada profissional, livremente, converter essa medida em preço.

CV do plano = (CV da intervenção da área × UCT do grau CIF) + (CV da consulta × N de reavaliações)

A **Unidade de Carga Terapêutica (UCT)** é proporcional à magnitude da deficiência: UCT = 0,4 × ponto médio da faixa CIF. A UCT é parâmetro de composição do valor, **e não número contratado de sessões**; o coeficiente 0,4 é calibrável por área, à medida que se acumulem dados de desfecho.

Quadro 2 — A régua da CIF aplicada ao porte do plano

Qualificador CIF	Faixa de deficiência	UCT	Reavaliações embutidas (a última é a de alta)
1 — leve	5–24%	6	1
2 — moderada	25–49%	15	2
3 — grave	50–95%	29	3
4 — completa	96–100%	40	4

Um exemplo, em CV ambulatorial: para uma intervenção musculoesquelética de CV 100 em paciente com deficiência **moderada**, o plano resulta em (100 × 15) + (150 × 2) = **1.800 CV**. Coeficiente de valoração **não é honorário**: é a medida relativa que, multiplicada pelo valor que cada profissional pratica, orienta o preço.

6. O que muda para o paciente

Quadro 3 — Pagamento por sessão versus plano por episódio de cuidado

Aspecto	Por sessão	PACTO-CIF
O que se contrata	Atendimentos avulsos ou pacotes de sessões	Um plano terapêutico até a alta prognosticada
Quem decide a frequência	Na prática, o bolso do paciente	O fisioterapeuta, por critério técnico
Incentivo econômico	Mais atendimentos	Melhor desfecho no menor tempo
Transparência	Custo total desconhecido no início	Custo total conhecido no início
Prova de resultado	Raramente documentada	Requalificação CIF em cada marco e na alta
Alta antecipada	Representa perda de receita	Representa o êxito do plano

O modelo também aproxima a Fisioterapia de uma exigência legal que muitos ignoram. O Código de Defesa do Consumidor obriga o fornecedor de serviços a entregar **orçamento prévio** discriminando valores, condições de pagamento e as datas de início e término dos serviços (art. 40), e garante ao consumidor informação clara sobre os serviços contratados (art. 6°, III). Um plano com prognóstico, marcos e critério de alta é, por natureza, um **tratamento orçado** — daí o nome.

7. Riscos e salvaguardas

Todo modelo de pagamento cria incentivos, e é honesto reconhecer o risco do episódio: o **subtratamento** para conter custo. O PACTO-CIF responde a ele com salvaguardas explícitas:

- **Reavaliação com requalificação CIF obrigatória** em cada marco, embutida no valor do plano;
- **Mudança de grau ou de prognóstico gera novo plano** (aditivo), calculado pela mesma regra — nunca cobrança por sessões avulsas;
- **Alta antecipada é êxito**, e não quebra de contrato;
- O modelo destina-se à **relação direta com o cliente** e convive com a valoração por procedimento nos demais contextos, como os convênios.

No plano ético, o modelo respeita o direito do fisioterapeuta à **justa remuneração** (Código de Ética e Deontologia, Res. COFFITO nº 424/2013, art. 36). Registre-se que os arts. 37 e 39 do Código, que tratavam de parâmetros de honorários, foram **revogados** em cumprimento a decisão do CADE (Processo Administrativo nº 08700.003473/2021-16). Por isso, o modelo trata o CV como o que ele é — uma **medida relativa** de complexidade, que cada profissional converte livremente em preço —, e não como tabela de honorários.

8. O que a ABFF levou ao COFFITO

Em 23 de setembro de 2026, a ABFF registrou sua contribuição no canal oficial da consulta pública do RBPF (protocolo RBPF-34DJ-AAH-KZD) e a complementou com o Expediente ABFF nº 33/2026, com a fundamentação integral e a memória de cálculo. Os pedidos foram cinco:

Quadro 4 — Pedidos da ABFF na consulta pública do RBPF

Pedido	Conteúdo
P1 — Atualizar	Incluir, entre os produtos da consulta, a qualificação CIF da deficiência, o plano com prognóstico e o critério objetivo de alta
P2 — Incluir	Criar o procedimento "Reavaliação fisioterapêutica com requalificação CIF", aplicável também como consulta de alta com relatório de desfecho funcional
P3 — Incluir	Criar o capítulo "Planos Fisioterapêuticos por Episódio de Cuidado", com quatro portes (leve, moderada, grave, completa)
P4 — Atualizar	Registrar no Capítulo 3 que as intervenções podem ser valoradas por atendimento ou integradas a plano por episódio
P5 — Instituir	Implantação monitorada, com registro dos qualificadores CIF de entrada e de alta e do tempo até a alta, para calibrar a UCT

A proposta dialoga com a literatura de saúde baseada em valor, que define valor como **desfecho relevante para o paciente dividido pelo custo para obtê-lo** (Porter, 2010), e com a agenda regulatória brasileira de modelos de remuneração baseados em valor (ANS, 2019). A evidência específica para a Fisioterapia no Brasil ainda é limitada — razão pela qual o próprio pedido prevê parâmetros calibráveis e coleta sistemática de desfechos.

9. Síntese

Mudar a forma de cobrar é mudar a forma de pensar a profissão. Enquanto a Fisioterapia for vendida por sessão, será percebida como execução; quando passar a ser contratada por plano, com diagnóstico, prognóstico, régua de magnitude e critério de alta, será reconhecida pelo que já é: uma ciência que **diagnostica, prescreve, intervém e dá alta** com responsabilidade técnica e ética.

> *A pergunta do paciente não deveria ser "quantas sessões?". Deveria ser: "qual é o meu diagnóstico, o que posso alcançar, em quanto tempo e qual é o plano?". A resposta a essa pergunta é o tratamento fisioterapêutico.*

Referências

1. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro: ANS, 2019.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA FORENSE (ABFF). Expediente ABFF nº 33/2026: contribuição à Consulta Pública de revisão do RBPF — proposta de valoração por episódio de cuidado (modelo PACTO-CIF). Florianópolis, 23 set. 2026.
3. BRASIL. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0938.htm.
4. BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor (arts. 6º e 40). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm.
5. BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina (art. 4º, §7º; Mensagem de Veto nº 287/2013). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm.
6. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 1ª Turma. EDcl no REsp nº 1.592.450/RS. Rel. Min. Gurgel de Faria. Notícia oficial de 25/11/2022.
7. COFFITO. Consulta Pública de revisão do RBPF — canal oficial. Disponível em: https://consulta-rbpf.coffito.gov.br.
8. COFFITO. Resolução nº 80/1987 (atos complementares à Resolução COFFITO-8: diagnóstico fisioterapêutico, prescrição e alta); Resolução nº 370/2009 (adoção da CIF); Resolução nº 424/2013 (Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia; arts. 37 e 39 revogados por decisão do CADE); Resolução nº 610/2025 (primeira atualização da Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos — CBDF-1); Resolução nº 618/2025 (RBPF). Disponível em: https://www.coffito.gov.br.
9. MILLER, H. D. From volume to value: better ways to pay for health care. Health Affairs, v. 28, n. 5, p. 1418-1428, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1418.
10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP, 2003. Disponível em: https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health.
11. PORTER, M. E. What is value in health care? New England Journal of Medicine, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024.

Como citar: LUCAS, R. W. C. Fisioterapia não é sessão: Por que o tratamento fisioterapêutico deveria ser contratado como plano, com prognóstico e critério de alta — e o que a ABFF levou ao COFFITO com o modelo PACTO-CIF. Instituto Wallace — Reflexões, Florianópolis, 9 out. 2026. Disponível em: https://institutowallace.com.br/reflexoes/fisioterapia-nao-e-sessao/.