

Artigo original

Reabilitação: ações do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Norte

Rehabilitation: actions of Unified Health System in Rio Grande do Norte

Geraldo Magella Teixeira, Ft.*, Eulália Maria C. Maia, D.Sc.**

.....
*Aluno do mestrado em Ciências da Saúde da UFRN, **Professora e Pesquisadora de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN

Resumo

Objetivos: Apresentar ações fisioterapêuticas desenvolvidas no SUS no Estado do Rio Grande do Norte; discutir sob a óptica da humanização tais ações no ano de 2004; discutir a importância da fisioterapia para a sociedade norte-riograndense, ou seu papel na perpetuação de ações de saúde centradas no binômio causa/efeito. **Métodos:** O estudo foi realizado no estado do Rio Grande do Norte. Os dados foram obtidos de fontes públicas junto a Secretaria de Saúde desse Estado e versam sobre sessões de fisioterapia desenvolvidas pelo SUS nas diversas regiões do Estado; tais dados foram colhidos e analisados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Resultados:** No tocante a fisioterapia, observou-se que a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte registrou somente atendimentos voltados para a cura/reabilitação e não houve qualquer registro de intervenção de prevenção, promoção e proteção à saúde durante o decorrer do ano em estudo. Foi possível observar que houve destaque para as intervenções voltadas para o tratamento de doenças de origem reumáticas e queixas relacionadas à coluna vertebral. **Conclusão:** Neste estudo, evidenciou-se que a Fisioterapia no SUS no Estado prioriza o atendimento individualizado, centrado no modelo saúde/doença e as ações desenvolvidas estão voltadas para a atenção curativa e reabilitadora, com papel de pouco destaque na atenção primária.

Palavras-chave: fisioterapia, Sistema Único de Saúde, humanização.

Abstract

Objectives: To present actions of physical therapy developed by the Unified Health System in Rio Grande do Norte state; to discuss under the humanization point of view such actions of health in the year 2004; to discuss the importance of physical therapy to the Rio Grande do Norte society, or its role in the perpetuation of health actions centered in the binomial cause/effect. **Methods:** The study was carried out in Rio Grande do Norte state and data was collected from public sources of the State Health Secretary. Data was analyzed after approval of Research Ethics Committee of Rio Grande do Norte Federal University (UFRN). **Results:** Concerning physical therapy, it was observed that State Health Secretary of Rio Grande do Norte registered only consultation related to cure/rehabilitation and no records or actions concerned health prevention, health promotion and health protection. It was possible to notice that there was a prevalence of interventions focusing on rheumatic disease treatment and vertebral column complaints. **Conclusion:** In this study, it was evidenced that physical therapy in the SHS in Rio Grande do Norte State prioritizes the individual consultation aiming at a health/disease model and cure and rehabilitation actions, and with little attention to primary health care.

Key-words: physical therapy, Unified Health System, humanization.

Recebido em 12 de junho de 2006; corrigido 3 de março de 2008; aceito 18 de março de 2008.

Endereço para correspondência: Geraldo Magella Teixeira, Avenida Amazonas, 29/101, Prado, 57010-060 Maceio AL, Tel: (82) 8821-0199, E-mail: magellafisio@yahoo.com

Introdução

Como membro da saúde, o Fisioterapeuta atua em diferentes níveis, tais como: prevenção, promoção, terapêutica e reabilitação. Porém, a Fisioterapia, desde a sua criação, mantém-se com olhar mais voltado para a prestação de serviços de reestruturação de habilidades físicas outrora perdidas, após desordem, trauma ou doenças [1].

A saúde no Brasil, normalmente tem se baseado em políticas onde a concentração dos recursos está voltada para a assistência médica curativa, individualizada e voltada para assalariados urbanos, enquanto que o restante da população fica na dependência de poucos recursos do Ministério da Saúde e dos Serviços Públicos Estaduais, Municipais e Institucionais, aos quais incumbe a chamada Saúde Pública [2].

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde público e gratuito vigente no País. A criação do SUS, em 1988, representou um avanço, principalmente pelos seus princípios gerais de organização [3]. A oferta de serviços de Fisioterapia pelo SUS demonstra ser de grande valia para a comunidade e parece ser uma realidade em todo o País, motivo para muitas reflexões e pesquisas.

Em relação ao comportamento do serviço de Fisioterapia ofertado pelo SUS no Rio Grande do Norte, objeto deste estudo, parece não fugir aos problemas nacionais, perpetuados de ações políticas e atuações profissionais, muitas vezes, dicotomizadas em relação ao tratamento dispensado à clientela e centrado na doença e não no ser.

Diante do exposto, objetiva-se com o presente trabalho discutir as ações fisioterapêuticas desenvolvidas pelo SUS no Estado do Rio Grande do Norte, no ano de 2004, sob a ótica da transdisciplinaridade e da humanização e avaliar o seu papel na perpetuação de ações políticas de saúde em relação às diversas formas de atuações profissionais nesse campo do conhecimento.

Métodos

O estudo foi realizado no Estado do Rio Grande do Norte, no Nordeste Brasileiro. Os dados foram obtidos a partir de fontes públicas junto a Secretaria de Saúde desse Estado, as quais versam sobre sessões de fisioterapia desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde nas diversas regiões geopolíticas do Estado.

Por se tratar de um estudo que visa apresentar e entender, de forma crítica, os programas de Atenção Fisioterapêutica junto ao SUS no Estado do Rio Grande do Norte, o tema foi estudado mediante uma pesquisa quantitativa e qualitativa; pois não há, por meios de análises documentais, possibilidade de quantificar sem qualificar [4].

Para a realização de tal pesquisa não houve necessidade de entrar em contacto com os usuários e/ou prestadores desses serviços. Trata-se de uma análise puramente documental, a qual forneceu subsídios para a elaboração de críticas sempre

com o norte transdisciplinar e humanizador.

As hipóteses surgiram a partir da visão redutora de homem como ser fragmentado, desaglutinado; visão que parece induzir condutas terapêuticas que obriguem o Homem a adaptar o seu corpo para ter acesso aos serviços de Fisioterapia junto ao SUS; serviço travestido de 'res naturalis, res imutantis', no qual parece que dividir o Homem é coisa natural e, sendo natural é coisa que não se muda. Tal fato, ideologicamente, limita possibilidades de atuação, reconhecimento e crescimento da profissão.

A amostra foi do tipo causal simples para análises documentais semi-estruturadas, pela qual foram pesquisadas 12 (doze) fichas de registros emitidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte.

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob número de protocolo 073/03.

Resultados

Ações da Fisioterapia no Rio Grande do Norte

Os valores abaixo citados são relativos à Produção Ambulatorial do SUS – Rio Grande do Norte no ano de 2004. A produção foi dividida em duas tabelas, uma para o 1º semestre do ano e outra para o 2º semestre do referido ano.

A Tabela I apresenta, respectivamente, as patologias tratadas pela Fisioterapia no primeiro semestre do ano de 2004 e o número de sessões fisioterápicas.

Tabela I - *Produção ambulatorial (SUS) Rio Grande do Norte/ Fisioterapia – Período: janeiro a junho de 2004.*

Procedimentos	Quantidade aprovada
Alterações motoras	15.838
Alterações sensitivas	4.366
Ataxias	1.245
Miopatias	573
Paralisia cerebral/retardo desenvolvimento motor	7.884
Paresias	14.921
Parkinson	585
Plegias	10.401
Processos distróficos	721
Disfunções decorrentes de distúrbios circulatório/artério/venoso	1.751
Assistência respiratória pré e pós-operatória	548
Reeducação ventilatória doenças pulmonares	3.436
Alterações do eixo da coluna vertebral	10.130
Disfunções decorrentes amputação membro	729
Disfunções decorrentes de contusões	6.735
Disfunções decorrentes de entorses	7.372

Continua

Procedimentos	Quantidade aprovada
Doença origem reumática membro/coluna vertebral	66.377
Doença tendinosa/muscular por lesões ligamentares	20.692
Recuperação funcional pós-cirúrgica e pós-imobilização	34.510
Seqüela traumatismos torácicos/abdominais	3.682
Pacientes com doença isquêmica do coração	182
Total	212.678

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte/2004.

Como pode ser observado há somente registros de atendimentos voltados para a reabilitação, não sendo observado, no primeiro semestre do referido ano, qualquer intervenção fisioterapêutica de forma educativa e/ou preventiva.

A referida tabela mostra-nos que o modelo de atenção fisioterápica desenvolvida pelo SUS no Estado do Rio Grande do Norte parece ser centrado na relação queixa/paciente.

Tabela II - Produção ambulatorial (SUS) Rio Grande do Norte/ Fisioterapia – Período: julho a dezembro de 2004.

Procedimentos	Quantidade aprovada
Alterações Motoras	16.330
Alterações Sensitivas	9.197
Ataxias	1.670
Miopatias	826
Paralisia Cerebral/retardo Desenvolvimento motor	8.709
Paresias	14.911
Parkinson	714
Plegias	11.905
Processos distróficos	851
Disfunções decorrentes de distúrbios circulatórios /artério/venoso	3.452
Assistência respiratória pré e pós-operatória	1.072
Reeducação ventilatória doenças pulmonares	3.956
Alterações do eixo da coluna vertebral	13.646
Disfunções decorrentes amputação de membros	1.154
Disfunções decorrentes de contusões	7.718
Disfunções decorrentes de entorses	9.356
Doença origem reumática membro /coluna vertebral	83.483
Doença tendinosa/muscular por lesões ligamentares	28.287
Recuperação funcional pós-cirurgia / pós-imobilização	41.691
Seqüela traumatismos torácicos/abdominais	3.133
Pacientes com doença isquêmica do coração	394
Pré/pós-cirurgia cardíaca/transplante órgãos	46
Total	262.501

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte/2004.

A Tabela II apresenta, respectivamente, as patologias tratadas pela Fisioterapia no Estado do Rio Grande do Norte pelo Sistema Único de Saúde, bem como o número de sessões realizadas no segundo semestre de 2004.

A exemplo do primeiro semestre não há registros de atenção fisioterapêutica preventiva e/ou educativa.

Na produção ambulatorial da Fisioterapia do SUS, no Estado do Rio Grande do Norte, no ano de 2004, é possível observar que há um destaque para as intervenções voltadas para o tratamento das doenças de origem reumática e coluna vertebral, seguido de sessões de fisioterapia para recuperação funcional pós-cirúrgica/ pós-imobilização.

Discussão

O profissional de fisioterapia vem desenvolvendo suas ações voltadas para a atenção curativa e reabilitadora, com um papel de pouco destaque na atenção primária [5]; porém, tem como dever a promoção da saúde da população [6].

Em saúde, não é suficiente, no mundo atual, problematizar o Homem somente no aspecto dialético saúde/doença. É preciso mais do que isso: é problematizá-lo em relação à saúde do próprio planeta, ao mundo, ao cosmos, à natureza e até a divindade aceita como comandante dessa natureza.

O ensino superior, inclusive o modelo que forma profissionais fisioterapeutas, prende-nos em 'grades' curriculares e nos ensina a separar, a fragmentar o Homem. Essa separação tolhe a capacidade de observar o 'complexus' – aquilo que está tecido em conjunto – e nos remete pouco a pouco a uma visão de mundo e de homem de forma compartimentada, disjunta.

A dificuldade ou o problema de lidar com pensamento complexo se manifesta na Universidade a partir da forma em que se organizam seus departamentos e de como estes lidam com problemas da coletividade [7].

A departamentalização universitária, aliada à fragmentação das disciplinas gera incapacidade de ver o que está 'tecido em conjunto', isto é, o complexo [8].

Entenda-se complexo não como sinônimo de difícil ou complicado; etimologicamente, complexo se origina do termo latino 'amplexus-i' que significa abraço, unido.

O modelo da departamentalização universitária privilegia a soberania das disciplinas e o avanço no conhecimento das doenças. Parece que tal avanço ocorre em detrimento do Ser Humano enfermo e, equivocadamente, trata-se doenças de pessoas e não de pessoas que circunstancialmente estão doentes [9]. Na Fisioterapia, essa maneira cartesiana de ver e tratar o ser humano culmina, por conseguinte, na fragmentação do Homem em um ser apenas biomecânico, capacitado, ou não, a realizar práticas de atividades funcionais.

Sistema Único de Saúde: fundamentos políticos, sociais e históricos

Desde a publicação da lei Eloy Chaves, na década de 20, a VIII Conferência Nacional de Saúde surge com o papel de

mudança de todo o paradigma no cenário histórico da saúde brasileira.

A VIII Conferência Nacional de Saúde contou com a participação da população, tendo como documento final a sistematização do processo de reconstrução do setor saúde, e que é definida como “Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” [10].

Enquanto resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor de saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito de todos a ser assegurado pelo Estado.

A Constituição Federal de 1988 é permeada de aspectos relevantes e inerentes à saúde pública e garante a atenção a saúde de forma integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade [11].

O projeto de democratização da saúde no Brasil e o contexto social

No início da década de 70, o País vivia a ditadura militar e o modelo de desenvolvimento adotado fazia com que houvesse concentração de renda e má distribuição de benefícios sociais, causando precárias condições de saúde.

Os interesses que havia em torno da saúde, por parte do governo, eram, predominantemente, mercantilistas e ocasionavam um grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente hospitalares.

Todas essas questões levaram a um sistema de saúde que não respondia às necessidades e anseios de atendimento à população e até agravava a condição Humana, pois se deixava de gastar com ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e educação, assim como em ações de saneamento, moradia, lazer e cultura para investir na industrialização do setor saúde.

A crise econômica dos anos 80 cria uma situação nova para o governo e exige o reconhecimento da crise, bem como a necessidade de mudar o sistema saúde, sob pressão popular que já começava a se organizar, lutando pela redemocratização do nacional.

Dessa reforma, abriu-se espaço para começar a discutir o sistema de saúde vigente; o que faz ressurgir propostas de Reformas Sanitárias que culminam com a Constituição de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde passa a ser abordada como um dever do Estado e um direito do cidadão e há uma abertura para uma efetiva participação da sociedade civil, estabelecendo um novo marco conceitual em saúde, que passa a ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo,

o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [12].

Essa compreensão sócio-cultural da doença exige uma postura do profissional de saúde como trabalhador social; exige ainda, desse profissional, uma distinta capacidade de compreender a saúde como um recurso da vida diária e não um objetivo isolado.

Fisioterapia e sua contribuição social

No campo da Fisioterapia, os problemas da atuação profissional parecem possuir uma estreita relação com as condições de vida da população e não podem ser vistas e abordadas de forma isolada, ou centrada só no indivíduo que é capaz ou não de realizar movimentos.

Os problemas com o movimento têm seus determinantes biológicos, sem dúvida. Entretanto, estes têm também seus determinantes sociais e ambientais. Os lesados e deficientes não o são somente por sua biologia ou por sua infelicidade [1].

Quanto ao cuidado digno da dor e do sofrimento humano, o sistema de saúde brasileiro ainda se encontra numa fase rudimentar [13]. É sabido que a população brasileira tem um acesso limitado aos serviços de saúde e que tal situação é fruto de uma política de saúde e educação desenvolvidas pelo sistema sócio, econômico e cultural do País, onde há um privilégio dos grandes centros e que a saúde prestada está focada no conhecimento, na especialização e não no cuidado.

Na Fisioterapia, a principal consequência dessas questões pode ser um obscurecimento de grande parte das possibilidades de atuação, crescimento e reconhecimento profissional. Tal fato parece se agravar pela importância que alguns profissionais, fisioterapeutas, dão aos aspectos isolados e parciais do corpo e do processo saúde/doença como decorrência de praxis complementares aos serviços médicos.

Ao atuar dentro deste sistema, a Fisioterapia se mantém, desde a sua criação, dentro de um âmbito curativo; no qual o principal objetivo tem sido a promoção de serviços dirigidos na restauração de habilidades físicas, após lesão ou doença; ou seja, ainda dicotomiza o homem para “melhor” tratá-lo [1].

Conclusão

Atento ao foco deste trabalho, que é o estudo, sob a óptica da transdisciplinaridade e humanização das ações Fisioterapêuticas desenvolvidas no SUS, no ano de 2004, no Estado do Rio Grande do Norte, é possível observar que a prática da atuação desse profissional tem se centralizado nas ações curativas, reabilitadoras e individualizadora do Homem. O tratamento a ele ofertado é centrado no modelo da doença.

No material coletado, foi possível perceber a existência de um foco de atuações da Fisioterapia no SUS, voltadas para a prática fundamentada no modelo biomédico. Não se obser-

varam registros de ações voltadas para a educação, prevenção e promoção da saúde.

Parece que a maneira de conceber a reabilitação e a fisioterapia pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte não atende de forma total o princípio da integralidade; que é o princípio que garante ao cidadão o direito de ser assistido desde a prevenção de doenças até o mais difícil atendimento de uma patologia.

É preciso salientar que o problema não é a técnica e sim o conjunto. Deve-se questionar como esse profissional distribui suas atividades; quais os recursos de que ele dispõe em seu arsenal de métodos; qual o conhecimento teórico-filosófico, político-ideológico deste profissional; qual o papel das Universidades na formação do profissional fisioterapeuta e qual a sua história de vida.

Pode até parecer utópico uma Fisioterapia em nível de consciência máximo que, simultaneamente, trabalhasse com os dados objetivos do Homem e tivesse uma atuação no social de forma participativa. A segmentação parece ser inevitável.

Entretanto, cada um em sua área poderá exercer uma prática a partir de uma compreensão de realidade newtoniano-cartesiana ou a partir de uma compreensão sistêmico-interconexa em que coloque a sua área particular de atuação, que não é só sua, em rede de interações, conectada, influenciando e sendo conscientemente influenciada. Uma prática aberta à criatividade e à transformação, assim como parece ser a essência do Homem.

A partir deste estudo acredita-se que a possível meta-contribuição deste trabalho tenha sido possibilitar percepções cada vez menos segmentadas da realidade e do saber em Fisioterapia, com um estímulo a um pensar-agir mais contextualizado, que leve em consideração a independência mútua na preservação e na manutenção da saúde.

Referências

1. Rebelatto JR Silvio PB. Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2a ed. São Paulo: Manole; 1999.
2. Nagler W. Manual de fisioterapia. São Paulo: Atheneu; 1986. p. 45-47.
3. Traverso-Yepez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública* 2004;20(1):80-88.
4. Bauer MW, Gaskel G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Manual Prático. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
5. Sampaio RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidade: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma unidade básica de saúde. *Fisioterapia e Movimento* 2002;15:19-23.
6. Rebelatto JR. Fisioterapia cotidiana: ações profissionais e decorrências para a população. *Rev Fisioter Univ São Paulo* 1998;5:36-48.
7. Galheigo MS. A transdisciplinaridade enquanto principio e realidade das ações de saúde. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 1999;10(2/3):49-54.
8. Almeida MCC, Assis E, eds. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios, Edgar Morin. São Paulo: Cortez; 2002. 102 p.
9. Siqueira JE. A arte perdida de cuidar. *Bioética* 2002;10:89-106.
10. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira M, Tonon LM. *Cadernos de Saúde. Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. p. 11-26.
11. Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
12. Minayo MCS, ed. A saúde em estado de choque. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.59-72.
13. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética* 2002;10:51-71.