

PERFIL DA FISIOTERAPIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE DA MACRORREGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL

Profile of physical therapy in the single system of health: analysis of macro-region south Rio Grande do Sul

*Priscila Wittemberg Azevedo¹, Marcelli Evans Telles dos Santos², Tatiane Britto da Silveira³,
Raphael Maciel da Silva Caballero⁴*

RESUMO

Por muito tempo a Fisioterapia foi atrelada à reabilitação devido ao contexto histórico cultural em que foi criada. Com as mudanças ambientais e sociais ocorridas com o passar dos tempos, essa profissão expandiu-se e passou a atuar também na promoção e prevenção da saúde. Neste sentido, o presente estudo objetiva verificar o perfil da Fisioterapia no Sistema Único de Saúde, especificamente analisando a macrorregião sul de saúde do Rio Grande do Sul. Como procedimento metodológico foi realizada uma análise no Banco de dados do Sistema Único de Saúde e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A amostra se concentrou nos dados relativos à 3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Como resultado, constatou-se que ainda existem lacunas nos 28 municípios que foram analisados, pois a distribuição dos profissionais da Fisioterapia tanto por habitantes quanto em Núcleos de Apoio à Saúde da Família, serviços especializados e hospitalares mostrou-se deficitária. Torna-se indispensável a valorização de ações relativas à Atenção Primária à Saúde devido a escassez desses profissionais em diversos municípios e, ainda, ressalta-se a importância da divulgação dessa profissão com o intuito de colaborar com as políticas públicas de saúde que visam beneficiar a população.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Fisioterapia; Saúde Pública.

ABSTRACT

For a long time the physical therapy was linked to rehabilitation due to cultural historical context in which it was created. With environmental and social changes with the passage of time, the profession has expanded and also started to operate in the promotion and health prevention. In this sense, this study aims to verify the profile of physical therapy in the Health System, specifically analyzing of health macro-region south Rio Grande do Sul. As a methodological procedure was performed an analysis on the Single System Database of Health and Register National Health Facilities. The sample was concentrated on data from 3rd and 7th Regional Health Coordination. As a result, it was found that there are still gaps in the 28 municipalities that were analyzed for the distribution of professional physical therapy both inhabitants as in Support Centers for Family Health, specialized and hospital services showed a deficit. It is essential for recovery actions related to primary health care due to shortage of these professionals in several municipalities, and also emphasize the importance of disclosure of the profession in order to collaborate with public health policies to benefit the population.

Keywords: Single System of Health; Physical therapy; Public Health.

1. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Graduada em Fisioterapia, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande e Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, RS, Brasil

2. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Graduada em Fisioterapia e Mestre em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

3. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Graduada em Psicologia, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande e Especialista em Estratégia da Saúde da Família pela Universidade Portal, RS, Brasil

4. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Graduado em Fisioterapia, Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil

AUTOR CORRESPONDENTE:

Suellen Aparecida Patrício Pereira

Endereço: Conjunto Primavera II Q5 C4, Primavera, Teresina- PI, CEP:64006-130

Email: suellenpatricio@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, muitas mudanças vêm acontecendo na saúde pública brasileira. Na sequência, em 1990 a Lei 8.080/1990 garantiu a saúde como um direito fundamental do ser humano, responsabilizando o Estado pelas condições indispensáveis para o seu exercício.

A partir de 1994 surge o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde, como uma nova estratégia assistencial visando também incorporar e reafirmar os princípios do SUS. No ano de 2006 o PSF foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) a fim de remodelar a Atenção Primária à Saúde (APS) e consolidá-la no território brasileiro². Desde então, o número de ESF é crescente ampliando a cobertura de saúde da população e otimizando as estratégias na APS³.

No Brasil a APS é considerada como a “porta preferencial” para o sistema de saúde⁴. Sendo assim, para garantir a atenção à saúde coletiva, este nível de atenção possui suas próprias características e atributos assistenciais essenciais. As suas diretrizes vão além da garantia do acesso para a população, deve assegurar também a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção. Ainda, é preciso que a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, a atenção à saúde centrada na família, a orientação e participação comunitária e a competência cultural articulem-se⁵.

Conforme a Política Nacional de Humanização⁶ a ESF tem como objetivo proporcionar saúde às famílias através da reorganização do sistema e da aproximação equipe-comunidade. Nesse contexto, a equipe de profissionais é constituída por no mínimo um médico, um profissional de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa formação pode ainda estender-se e contar com os serviços da equipe de saúde bucal. Cada equipe torna-se responsável por no máximo quatro mil pessoas de uma determinada área, podendo atuar nas unidades básicas de saúde da família, residências ou espaços comunitários⁶.

Além da ESF existem outros componentes atuantes na APS, dentre esses os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com a intenção de apoiar a ESF na rede de serviços⁷. As Diretrizes do NASF apontam que os profissionais da equipe devem ter conhecimentos técnicos, participar de ações intersetoriais de promoção, prevenção e reabilitação, comprometer-se com mudanças na atitude e atuação profissional e estar vinculados a um território definido⁸. Também, como consta no documento de Diretrizes do NASF, podem compor as equipes dos NASF profissionais como Psicólogos, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Profissionais da Educação Física, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais e Médicos Ginecologistas, Homeopatas, Acupunturistas, Pediatras e Psiquiatras⁸.

No que se refere ao profissional de Fisioterapia, a sua inserção nos serviços de APS ainda é um processo em construção, pois por muito tempo esse profissional era rotulado como reabilitador, tratando apenas a doença e suas sequelas, isto é, conhecia-se somente o seu caráter curativo⁹. No entanto, a atuação desse profissional na APS foi incentivada a partir de 2002 por meio das Diretrizes Curriculares dos

cursos de graduação em Fisioterapia e conforme as Diretrizes do NASF^{10,6}.

Os profissionais Fisioterapeutas vêm adquirindo ascendente importância nos serviços do SUS. Além da APS esses profissionais também atuam nos outros níveis de atenção à saúde como, por exemplo, nos serviços hospitalares e especializados. Diante disso, o presente estudo objetiva verificar o perfil da Fisioterapia no SUS, especificamente analisando a macrorregião sul de saúde do Rio Grande do Sul acerca do número de profissionais de Fisioterapia atuantes na saúde local, fazendo a verificação numérica da distribuição de profissionais em serviços especializados, hospitalares e em NASF.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo análise de base documental. Dessa forma, a amostra se concentrou nos dados do sul do Rio Grande do Sul (RS), mais especificamente relativos à 3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde, provenientes de duas bases de dados públicas: o Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tabela 1- Lógica das Coordenadorias Regionais de Saúde

3ª Coordenadoria Regional de Saúde	Municípios: Chuí, Santa Vitória do Palmar, Rio Grande, São José do Norte, Jaguarão, Arroio Grande, Pedro Osório, Capão do Leão, Pelotas, São Lourenço do Sul, Cristal, Amaral Ferrador, Canguçu, Herval, Pedras Altas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, Cerrito, Morro Redondo, Arroio do Padre e Turuçu.
	7ª Coordenadoria Regional de Saúde
	Municípios: Bagé, Candiota, Hulha Negra, Lavras do Sul, Dom Pedrito e Aceguá.

O processo de busca dos dados nessas bases foi realizado no ano de 2013 e possibilitou obter informações referentes à população, número de Fisioterapeutas a cada 1000 habitantes por município (o preconizado pela Organização Mundial de Saúde é 0,66 profissionais) número de Fisioterapeutas em serviço especializado de Fisioterapia a cada 1000 habitantes, número de Fisioterapeutas em hospitais a cada 1000 habitantes, número de Fisioterapeutas no NASF a cada 1000 habitantes e cobertura das Equipes de Atenção Básica. Para a análise e tabulação dos dados utilizou-se o programa Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Os dados expressos na tabela 2 referem-se à população dos municípios que compõem a macrorregião sul de saúde do RS. De acordo com a mesma, a maioria dos municípios possui uma população entre 5001 e 10000 habitantes.

Tabela 2- Número de habitantes por município

Até 5000 habitantes	Pedras Altas, Arroio do Padre, Turuçu e Aceguá.
De 5001 a 10000 habitantes	Chuí, Pedro Osório, Cristal, Amaral Ferrador, Herval, Santana da Boa Vista, Cerrito, Morro Redondo, Candiota, Hulha Negra e Lavras do Sul.
De 10001 a 20000 habitantes	Arroio Grande, Pinheiro Machado e Piratini.
De 20001 a 50000 habitantes	Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, Jaguarão, Capão do Leão, São Lourenço do Sul e Dom Pedrito.
De 50001 a 100000 habitantes	Canguçu
De 100001 a 500000 habitantes	Rio Grande, Pelotas e Bagé.

Fonte: IBGE, 2010¹¹.

Relativo ao número de profissionais de Fisioterapia em cada município por um mil habitantes constata-se que o município de Pedras Altas apresenta o maior número, já os municípios Amaral Ferrador e Cerrito não possuem esse profissional integrado a sua rede de serviços de saúde (Gráfico 1). Também, é possível inferir que há uma escassez de profissionais da Fisioterapia na macrorregião sul de maneira que não existem mais de 0,5 Fisioterapeutas para cada um mil habitantes em todos os municípios.

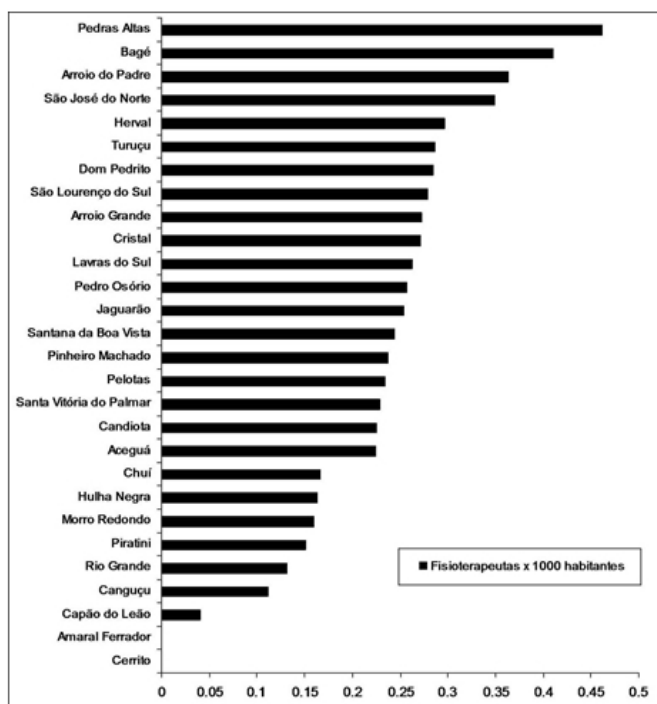


Gráfico 1- Número de Fisioterapeutas a cada 1000 habitantes

No que se refere à cobertura populacional das equipes de Atenção Básica verificou-se que Pedras Altas, Arroio do Padre e Candiota são os municípios que apresentam a menor população, 2164, 2756 e 8878 habitantes respectivamente, porém a cobertura realizada pelas equipes de saúde é de 100%, isto é, há uma distribuição de unidades e profissionais adequadas para atender as necessidades locais (Gráfico 2). Não obstante, Chuí, Arroio Grande e Cristal não possuem registros referentes à cobertura populacional nos Bancos de Dados analisados.

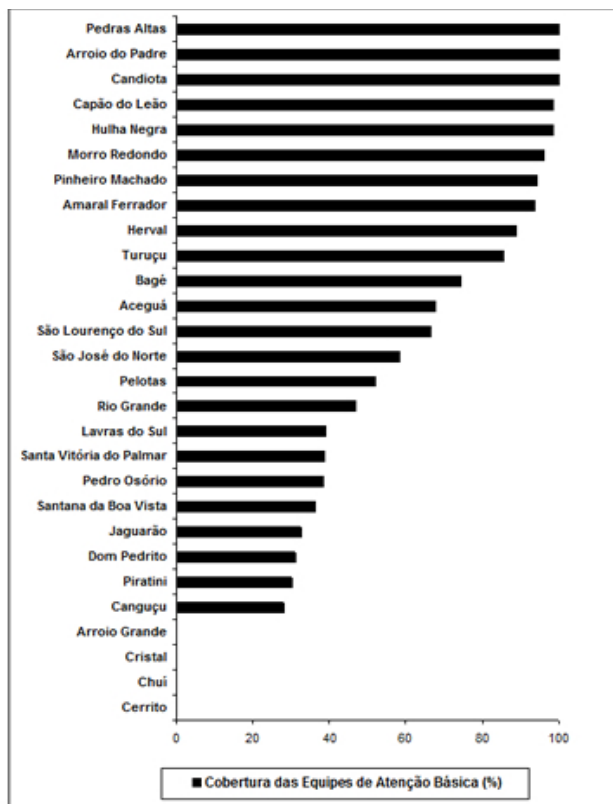


Gráfico 2- Cobertura das Equipes de Atenção Básica

Ainda referente à Atenção Básica, especificamente sobre o NASF, constatou-se que o município de Santa Vitória do Palmar possui um NASF do tipo 2, Rio Grande dois NASF do tipo 1, Pinheiro Machado um NASF tipo 2 e o município de Bagé dois NASF do tipo 1.

A fim de detalhar a distribuição de Fisioterapeutas nos 28 municípios o gráfico a seguir ilustra a totalidade de profissionais nos NASF, hospitais e serviços especializados (Gráfico 3).

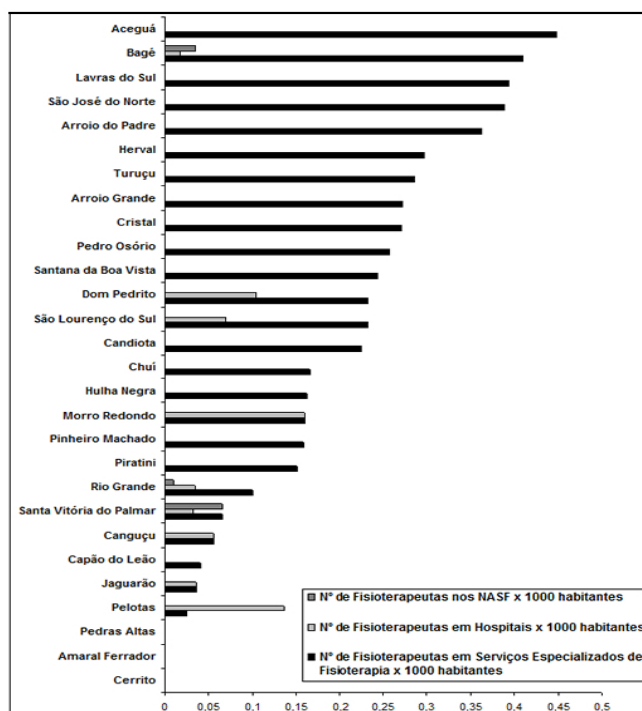


Gráfico 3- Distribuição dos profissionais nos serviços a cada 1000 habitantes

Segundo o gráfico 3 percebe-se que a inserção do Fisioterapeuta na saúde pública ainda é escassa nos municípios que integraram este estudo. Com relação à inclusão dos Fisioterapeutas nos NASF, apenas três municípios dispõem desse profissional em suas unidades, sendo eles: Santa Vitória do Palmar com 0,0652 Fisioterapeutas para cada um mil habitantes, Bagé com 0,0341 e Rio Grande com 0,01. Além disso, observou-se que em Santa Vitória do Palmar a única equipe NASF atuante possui dois Fisioterapeutas, já em Rio Grande cada uma das duas equipes existentes conta com um profissional e por fim em Bagé cada uma das duas equipes apresenta dois Fisioterapeutas atuando.

Ainda conforme o gráfico 3, nos municípios de Aceguá, Bagé e Lavras do Sul os Fisioterapeutas encontram-se inseridos em maior quantidade nos serviços especializados. Já Pedras Altas, Amaral Ferrador e Cerrito não contam com serviços especializados para atender a população.

No que diz respeito à inserção do Fisioterapeuta nos hospitais averiguou-se uma escassez desses profissionais. Aceguá, Bagé e Lavras do Sul apresentam-se com taxa de 0, 0,017 e 0, respectivamente, por um mil habitantes. Os municípios com maior número de Fisioterapeutas inseridos nos hospitais tratam-se de Morro Redondo, com 0,1596 profissionais para cada um mil habitantes, seguido de Pelotas com 0,1365 e de Dom Pedrito com 0,1034.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) dispõe sobre o número de profissionais de Fisioterapia por habitante, preconizando um profissional para cada um mil e quinhentos habitantes, ou seja, 0,66 profissionais para cada um mil¹². No presente estudo verificou-se defasagem no sul do Rio Grande do Sul, em que a proporção de Fisioterapeutas não chega a 0,5 para cada um mil habitantes. Dessa maneira quando não há serviço de Fisioterapia no município é necessário que se faça o deslocamento dos usuários do serviço até o Centro de Referência o qual está, na maioria das vezes, situado na cidade-sede da Coordenadoria Regional de Saúde¹³.

Acerca dessa realidade sobre a falta de profissionais, no que se refere à APS, encontrou-se uma insuficiência de Fisioterapeutas inseridos nos NASF. Em um estudo que tratou de entrevistar Fisioterapeutas atuantes na ESF de municípios localizados no norte do RS, observou-se que na maioria das vezes os Fisioterapeutas eram contratados por meio de serviços terceirizados e com duração média de um ano¹³. Dentre as atribuições desempenhadas por esses profissionais predominavam as ações reabilitadoras, fato que foge e distancia o profissional da ESF, além de diminuir a chance de um vínculo profissional-família como prioriza o SUS¹³.

Quanto ao número de Fisioterapeutas nos serviços especializados e ambiente hospitalar, o presente estudo constatou que, embora não exista o número de profissionais recomendados pela OMS e em alguns municípios esse número ser ausente, a maioria dos Fisioterapeutas encontra-se inserida nos serviços especializados e em segunda ordem nos hospitais.

Confirmando este achado, a literatura menciona que na maioria das vezes os serviços prestados pelos profissionais de Fisioterapia se concentram no modelo assistencialista hospitalar e ambulatorial¹⁴. Ainda, cita que as atividades exercidas

pelos profissionais da área de Fisioterapia comumente são reconhecidas apenas pela reparação funcional, atuando em níveis de atenção secundária e terciária¹⁵. Em contrapartida, o Fisioterapeuta é um profissional generalista, capacitado para intervir em qualquer nível de atenção a saúde, equiparando essa capacidade a um dos princípios básicos do SUS que se trata de integralidade¹⁵.

Desta maneira, atualmente o SUS aponta novos desafios à Fisioterapia no intuito de que a mesma volte-se à coletividade a fim de acompanhar o novo perfil epidemiológico e as transformações ambientais e sociais¹⁶. Assim, o profissional deve aplicar seus conhecimentos técnico-científicos no intuito de um atendimento integral e humanizado, contribuindo para garantir a saúde e bem-estar da população nos níveis de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Ressalta-se ainda que este estudo apresenta como limitação a desatualização da base de dados DATASUS acerca das variáveis investigadas. No que se refere ao período analisado nesta pesquisa, o mesmo corresponde ao ano de conclusão de um curso de especialização, o qual originou este estudo.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa revelou que ainda existem lacunas nos 28 municípios que foram analisados, pois a distribuição dos profissionais de Fisioterapia tanto por habitantes, assim como em NASF, serviços especializados e hospitalares mostra-se insuficiente conforme a OMS¹².

Sendo assim, a lógica da promoção e prevenção da saúde torna-se cada vez mais importante já que a escassez desses profissionais é visualizada em diversos municípios e com isso abre-se uma brecha na integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1808.htm>
2. Costa SM, Prado MC, Andrade TN, Araújo EP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC, Rodrigues CA. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(27): 90-96.
3. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VC, Soares US, Oliveira EM, Alves PF. Avaliação de processo do programa Saúde da Família: a sustentação da aceitabilidade. Rev. enferm. saúde. 2011; 1(1): 14-23.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2012.
5. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29): 294-303.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humaniza SUS,

- 2010; 2(1): 1-251. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizacoes_atencao_basica.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>
9. Formiga NF, Ribeiro KS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). R bras ci Saúde. 2012; 16(2): 113-122.
10. Portes LH, Caldas MA, De Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. Rev. APS. 2011; 14(1): 111-119.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais.pdf>
12. Domínguez AG. Reabilitação física no marco da fisioterapia: origem, evolução e transformação da profissão no Brasil. Diálogos Revista Electrónica de Historia. 2008. Disponível em: <<http://www.historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/2008/especial2008/articulos/02-Ciencia/19.pdf>>
13. Delai KD, Wisniewski MS. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(supl. 1): 1515-1523.
14. Barbosa EG, Ferreira DL, Furbino SA, Ribeiro EE. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter. mov. 2010; 23(2): 323-330.
15. Fréz AR, Nobre MI. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. Fisioter. mov. 2011; 24(3): 419-428.
16. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(supl. 1): 1627-1636.