

**ARAMY RUFFONI GUEDES**

**ASSISTÊNCIA EM FISIOTERAPIA AOS USUÁRIOS DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM ARACAJU – Descrição e  
análise do processo produtivo e seus resultados.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de  
Administração e Negócios de Sergipe,  
para obtenção do título de especialista  
em Auditoria de Sistema e Serviço de  
Saúde.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> M.Sc. Enf.<sup>a</sup> Cristina Maria Falcão Teti

**Aracaju /SE**

**2007**

## SUMÁRIO

<b>Resumo.....</b>	<b>4</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>5</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>6</b>
<b>Objeto.....</b>	<b>7</b>
<b>Objetivo.....</b>	<b>7</b>
<b>Revisão Conceitual.....</b>	<b>8</b>
<b>Assistência em Fisioterapia no SUS em Aracaju.....</b>	<b>13</b>
<b>Processo Produtivo da Regulação da Fisioterapia.....</b>	<b>15</b>
<b>Uma Análise Preliminar a Partir do Complexo Regulatório.....</b>	<b>17</b>
<b>Organização da Reabilitação de pacientes com deficiência motora em Aracaju .....</b>	<b>25</b>
<b>Criação do Serviço de Referência em Reabilitação.....</b>	<b>27</b>
<b>Leitos de Reabilitação.....</b>	<b>28</b>
<b>Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação.....</b>	<b>28</b>
<b>Atendimento Ambulatorial.....</b>	<b>29</b>
<b>Serviço de Referência em Reabilitação de Aracaju.....</b>	<b>30</b>
<b>Conclusões.....</b>	<b>32</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>34</b>

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Dr.Emerson Canonici, amigo e incentivador incansável deste trabalho e defensor de ações plausíveis nas diretrizes políticas do SUS em Aracaju.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e de Curso pelo convívio, em especial aos do NUCAAR, que me acolheram e foram parte importante no meu processo de aprendizado.

Aos docentes que tão bem conduziram as disciplinas durante o Curso.

Aos meus familiares, principalmente Lícia, minha esposa e grande incentivadora.

A todos que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu pudesse finalizar esta etapa.

**ASSISTÊNCIA EM FISIOTERAPIA AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM ARACAJU – Descrição e análise do processo produtivo e seus resultados.**

**Aramy Ruffoni Guedes <sup>1</sup>**

**Cristina Maria Falcão Teti <sup>2</sup>**

**Resumo:**

**Este trabalho tem como tema a assistência em fisioterapia aos usuários do Sistema Único de Saúde em Aracaju no modelo “Saúde Todo Dia”. Faz uma análise dos dados colhidos no NUCAAR - Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria, Regulação e enfatiza a necessidade de reformulação na política de assistência às pessoas com deficiência física através da criação de novas estruturas com capacidade para atender às necessidades de saúde desses usuários.**

**Palavras-chave: fisioterapia, reabilitação, regulação, acesso, cuidado, deficiência.**

---

<sup>1</sup> Graduado em Fisioterapia pelo IPA- Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista – Porto Alegre - RS  
– Especializando do Curso Auditoria em Serviços de Saúde.

<sup>2</sup> Enfermeira, Docente e Orientadora do TCC.



**Abstract**

This work has as main theme the assistance in physiotherapy to the users of the "Sistema Único de Saúde" in Aracaju in the "Saúde Todo Dia" model. It makes an analysis of the grabbed data from NUCAAR - Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação and emphasizes the need of reformulation in the physical deficient people assistance politic through the creation of new structures with possibility to answer the health needs of these users.

## INTRODUÇÃO

As históricas mudanças ocorridas nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas, vêm sendo conceituadas como transição epidemiológica (Omram, 2001; Santos-Preciado et al., 2003). Este processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante.

A definição da transição epidemiológica deve, assim, ser considerada componente de um conceito mais amplo apresentado por Lerner (1973) como transição da saúde, que inclui elementos das concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas. A transição da saúde pode se dividir em dois elementos principais: de um lado, encontra-se a transição das condições de saúde (referindo-se às mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde, expressas através das mortes, doenças e incapacidades) e de outro, a resposta social organizada a estas condições que se instrumenta visa por meio dos sistemas de atenção à saúde (transição da atenção sanitária), determinada em grande medida pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais amplo (Frenk et al., 1991).

Segundo Chaimowicz (1997), existe uma correlação direta entre os processos de transição epidemiológica e demográfica. A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas. Estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta das várias transições em curso.

Como consequência direta, sobretudo em relação à necessidade de organizar ações dirigidas ao cuidado de pessoas acometidas por agravos decorrentes de

complicações crônicas e patologias secundárias ao aumento da sobrevivência de causas externas como acidentes (trânsito e trabalho), bem como as vítimas de violência, necessitam de ações e de serviços com capacidade de reabilitar e promover a reintegração social com vistas a ampliar a “autonomia dos usuários nos seus modos de andar na vida” (CAMPOS-1992).

O Sistema Único de Saúde é responsável pelo planejamento, organização e execução das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, aí incluída a reabilitação da saúde dos cidadãos. Assim, através da portaria MS/GM Nº 818 de 05 de junho de 2001, encontra-se definido a organização das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, instrumento normativo que regulamenta e define critérios para habilitação de serviços e as redes, com vistas a incorporação dessa modalidade de cuidado no âmbito da política pública de saúde.

Com isso claro, pretendemos com este trabalho, tematizar o desenvolvimento destas ações no SUS em Aracaju e no Estado de Sergipe, com a finalidade de contribuir com para equacionar o atendimento à pessoa com deficiência, destacando, sobretudo, seu processo de incorporação, avanços, restrições e perspectivas para consolidar essa política como estratégia de implantação de um sistema de saúde capaz de promover a integralidade de ações.

## **OBJETO**

O acesso e eficiência no modelo de atenção em fisioterapia aos usuários do SUS em Aracaju e no Estado de Sergipe.

## **OBJETIVO**

Avaliar a situação atual do acesso dos usuários (crianças) com paralisia cerebral que necessitam de fisioterapia e que se utilizam do SUS em Aracaju, além de propor soluções para melhorar a atenção às pessoas com deficiência que necessitam de intervenção no campo da reabilitação.



## REVISÃO CONCEITUAL

### O campo e núcleo de atuação da Fisioterapia

Extrapolando os conceitos apresentados por CAMPOS, G.W. et alli, (1997), campo de competência, caracterizar-se-ia como "...os principais saberes de uma especialidade...", com "...um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades...". "...O campo de competência não caracterizaria monopólio profissional da especialidade, ao contrário, seria um campo de intersecção com outras áreas...". Nesse alinhamento conceitual denominou como núcleo de competência, "...as atribuições exclusivas daquela especialidade...".

Assim, ainda no entendimento de campos "...o campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o núcleo, ao contrário, teria definições as mais delineadas...". A constituição destes espaços organizar-se-ia segundo um jogo de negociações provisórias, em certa medida intermináveis porque impossíveis de serem arbitradas exclusivamente por uma racionalidade técnica...".

Com bases nos conceitos delineados acima, a Fisioterapia foi regulamentada como profissão pelo Decreto-Lei 938/69 Brasil (1969). Conforme o Artigo 3º, do referido Decreto, "É atividade privativa do fisioterapeuta, executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente". Desta forma fisioterapia é definida como:

"Uma ciência aplicada, cujo objeto principal de estudo é o movimento humano; usa de recursos próprios, com os quais (considerando as capacidades iniciais do indivíduo, tanto as físicas, as psíquicas, como as sociais) busca promover, aperfeiçoar ou adaptar essas capacidades, estabelecendo assim um processo terapêutico que envolve terapeuta, paciente e recursos físicos e/ou naturais, racionalmente empregados. Com esses recursos, o profissional fisioterapeuta pode atuar desde a fase de prevenção até a reabilitação, na atenção à Saúde". Brasil 1969.

Este profissional deverá ter uma visão generalista, humanística, crítica e reflexiva, capacitando-o a atuar em todos os níveis de atenção a saúde. Prevenção, cura e reabilitação, visando a qualidade de vida dos indivíduos.

Atualmente, com a política vigente de inclusão social de pessoas com necessidades especiais, o profissional da fisioterapia tem suas possibilidades de atuação ampliada, uma vez que será necessária a intervenção e procedimentos específicos deste profissional, principalmente no que refere aos aspectos ergonômicos, em outros cenários sociais, tais como o escolar e o profissional.

Como áreas de atuação da Fisioterapia temos nos serviços de saúde, centralmente: a Fisioterapia Clínica – organizada em: hospitais, Clínicas, Ambulatórios e Centros de Reabilitação e a Saúde Coletiva - organizadas em Programas institucionais, Ações Básicas de Saúde, Fisioterapia do Trabalho e Vigilância Sanitária .

A Fisioterapia Clínica tem como atribuições gerais - prestar assistência fisioterápica, elaborar o diagnóstico funcional, prescrever, planejar, ordenar, analisar, supervisionar e avaliar os projetos fisioterápicos, a sua eficácia, a sua resolutividade e as condições de alta do usuário submetido a estas práticas de saúde.

Suas atribuições específicas estão mais relacionadas aos Centros de Recuperação Bio-Psico-Social (Reabilitação), onde se desenvolve: avaliação do estado funcional do cliente, através da elaboração do Diagnóstico Cinesiológico Funcional a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e do exame da cinesia, da funcionalidade e do sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas. Desenvolvimento de atividades, de forma harmônica na equipe multiprofissional, com participação plena na atenção de saúde prestada aos usuários, na integração das ações através da interdisciplinaridade, possibilitando aumento de resolutividade expresso nos ganhos de autonomia dos usuários.



No campo da SAÚDE COLETIVA tem como atribuição principal - educação, prevenção e assistência fisioterápica coletiva, na atenção primária em saúde. Nos programas institucionais, tem como atribuições específicas, participar de equipes multiprofissionais destinadas a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública. Além de avaliar a qualidade, a eficácia e os riscos a saúde decorrentes de equipamentos eletro-eletrônicos de uso em Fisioterapia.

No âmbito das Ações Básicas de Saúde, tem como atributo, participar de equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, à implementação, ao controle e à execução de projetos e programas de ações básicas de saúde. Promover e participar de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação, nas ações básicas de saúde.

Na Fisioterapia do Trabalho – tem como finalidade, promover ações terapêuticas preventivas a instalações de processos que levam a incapacidade funcional laborativa, analisar os fatores ambientais, contributivos ao conhecimento de distúrbios funcionais laborativos e desenvolver programas coletivos, contributivos à diminuição dos riscos de acidente de trabalho.

Integrar a equipe de Vigilância Sanitária, cumprindo e fazendo cumprir a legislação de Vigilância Sanitária. Integrar Comissões Técnicas de regulamentação e procedimentos relativos a qualidade, a eficiência e aos riscos sanitários dos equipamentos de uso em Fisioterapia e verificar as condições técnico-sanitárias das empresas que ofereçam assistência fisioterapêutica à coletividade.

A ampliação da atuação da fisioterapia como parte integrante das equipes multiprofissionais envolvidas nos processos de reabilitação física do Sistema Único de Saúde, para atendimento da demanda dos usuários com esta necessidade, inicia-se a partir da publicação da Portaria 818 de 05 de junho de 2001 (Brasil, 2001) que cria as Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência.

Até então a atuação do fisioterapeuta se dava num modelo de procedimentos centrado, bastante limitado já que a demanda expressava necessidades que

muitas vezes exigia maior abrangência de ações no campo da reabilitação com envolvimento de outros profissionais de áreas afins.

Esta abordagem multiprofissional se dava apenas em algumas instituições, como a Rede Sarah de Hospitais, AACD, Sociedade Pestalozzi, que, por sua vez, não conseguiam absorver toda a demanda, em função do grande contingente usuários que procuravam e procuram por esses serviços.

A título de avaliação da utilização de tratamento fisioterapêutico em serviço público, é importante citar a pesquisa que foi realizada em Pelotas-RS pelo programa de Pós- Graduação em epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas-RS-Brasil cujo objetivo era analisar a prevalência da utilização da fisioterapia e explorar as variáveis associadas a esta utilização. (Piccini; Faccini, 2003).

Foram feitas entrevistas com 936 usuários moradores de Pelotas que se utilizaram de algum serviço de fisioterapia até um ano antes da data da entrevista. Como alguns recorreram mais de uma vez a este serviço no período em análise, o total foi de 996. Destes, 185 (19%) por fratura, 60 (6%) fratura ou outro problema de saúde e 751 (75%) devido a outros problemas de saúde. Dores na coluna foram os determinantes principais da utilização da fisioterapia, seguidas por ferimentos (traumas, contusões, entorses, etc.)

A pesquisa mostra que 66% dos usuários utilizaram o serviço público, 25% convênios e 9% serviços privados. Dos usuários dos serviços privados, 33% eram da classe A, 16% classe B, 8% classe C, 3% classe D e 0% classe E.

Em pesquisa semelhante realizada em Curaçao, o quantitativo de usuários que utilizaram os serviços de fisioterapia um ano antes da pesquisa foi de 8,8% ou seja duas vezes mais que na pesquisa realizada em Pelotas que foi de 4,9%. Isto deveu-se, provavelmente, por se tratar de um lugar pequeno e pela facilidade de acesso aos serviços.

Das patologias que levaram ao tratamento de fisioterapia em estudo realizado na Inglaterra em 1985, os problemas no joelho eram 16,8% e 5,5% no estudo de

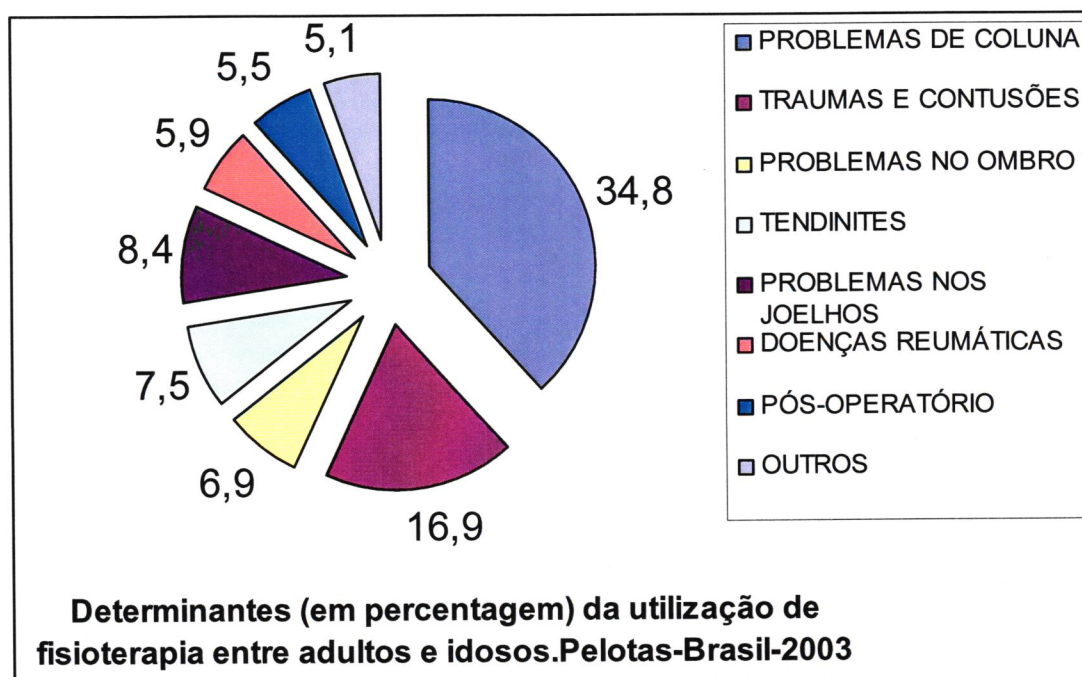


Pelotas. Coluna 24,5% na Inglaterra e 41,7% no estudo em Pelotas, ferimentos no ombro 13,8% na Inglaterra e 7,5% no estudo de Pelotas.

Em 1992, 50% das consultas médicas em Pelotas foram realizadas em serviço público. No levantamento realizado nesta pesquisa que foi efetuada em 2003, 66% das consultas foram em serviço público.

No estudo em Pelotas, verificou-se que quanto mais baixo o nível sócio-econômico, mais elevada a utilização do serviço público. Foi observado que em 1992, 20% das consultas médicas eram feitas em serviços privados e apenas 9% de todos os tratamentos eram fisioterapia nesses serviços.

Determinantes (em percentagem) da utilização de fisioterapia entre adultos e idosos:



Fonte: Pelotas-Brasil-2003

A prevalência da utilização da fisioterapia nesta amostra brasileira era menor do que nos países desenvolvidos.

Apesar das diferenças metodológicas de pesquisa, este resultado é interessante porque a fisioterapia tem um papel importante na prevenção, na reabilitação, na melhoria da saúde e na qualidade de vida dos usuários.

Finalmente, os dados do estudo puderam ajudar as autoridades de saúde pública do município de Pelotas a organizar os serviços de saúde no que se refere a essa importante demanda.

A melhoria em termos de disponibilidade de acesso aos serviços públicos de saúde garante o aumento da utilização da fisioterapia no Brasil. A utilização da fisioterapia em Hospitais, por exemplo, diminui significativamente o tempo de internação e conseqüentemente os custos dessa internação.

A fisioterapia deve também ser incluída no cuidado preliminar, como, por exemplo, no Programa de Saúde da Família como estratégia para propiciar esses benefícios à população, principalmente idosos e portadores de doenças crônicas.

Diante dessa situação, vem se estimulando a constituição de serviços e redes, como ação estratégica, com financiamento específico, dando condições aos gestores para incorporação desses serviços. Atualmente existem no país 136 Serviços de Reabilitação Física habilitados pelo Ministério da Saúde para garantir às pessoas com deficiência essa atenção à saúde nos vários níveis de complexidade.

## **ASSISTÊNCIA EM FISIOTERAPIA NO SUS EM ARACAJU**

Até o ano de 2002, os encaminhamentos de usuários para realização de fisioterapia eram feitos através de receituário padronizado para solicitação de exames, no qual o profissional solicitante, não necessariamente o médico, à época, preenchia e encaminhava o usuário para autorização da fisioterapia. As autorizações eram feitas de forma aleatória.

Muitas vezes por tratar-se de patologia crônica, o profissional solicitante fornecia ao usuário vários receituários com assinatura e carimbo para que ele mesmo realizasse o preenchimento, realizando o procedimento, muitas vezes, sem necessidade e sem efeito terapêutico.

Por sua vez, o prestador não preocupava-se em realizar atendimento de qualidade para que o tratamento tivesse fim, o que levava, por vezes, a assistência terapêutica mais prolongada do que o necessário.

Em junho de 2003, inicia-se com o NUCAAR<sup>1</sup> o processo de regulação específica de fisioterapia, ainda de forma manual com análise individualizada de cada caso, observação da real necessidade do procedimento, a procedência da solicitação e ao mesmo tempo racionalização da utilização desse serviço por parte dos usuários, bem como um maior controle com relação ao BPA<sup>2</sup> dos prestadores, onde foram constatadas inúmeras irregularidades nesse processo de encaminhamento.

O sistema de marcação vigente da empresa Ácone<sup>3</sup>, apesar de todos os “up grades” realizados após inúmeras discussões entre as partes, ainda não possibilitava a geração de relatórios com dados importantes para avaliação de resultados necessários à gestão.

Em dezembro de 2004 com a implantação do complexo regulatório operacionalizam-se as linhas de produção do cuidado, traduzindo o modelo de atenção em processo informatizado, estruturado com a criação das centrais de regulação: regulação de média e alta complexidade ambulatorial, central de leitos e central de regulação de urgência e emergência.

Com a implantação plena desse complexo criam-se condições de agilizar o acesso dos usuários às tecnologias assistenciais que necessitarem, além de possibilitar a monitorização da capacidade instalada do sistema, sua utilização e sua qualidade, possibilitando a regulação do sistema de maneira dinâmica (oferta x demanda), sempre tendo como pano de fundo o encontro das necessidades com as tecnologias cuidadoras, na perspectiva da produção da universalidade, equidade e integralidade, o que, até então, não acontecia de forma plena.

Para tanto, passa-se a utilizar um novo sistema informatizado, desenvolvido pelos

---

<sup>1</sup> Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação.

<sup>2</sup> Boletim de produção ambulatorial.

<sup>3</sup> Empresa responsável pelo sistema de marcação e regulação de procedimentos via internet.



técnicos da Diebold Procomp<sup>4</sup>, o GIROS<sup>5</sup>, aprimorado após uma série de encontros com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e pautado na Política de Informação e Informática em Saúde – PIIS do Ministério da Saúde, que tem como propósito promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, contribuindo assim para a melhoria da situação de saúde da população.

Esse novo sistema informatizado, utilizado no NUCAAR, substitui a central de marcação. Atualmente o sistema tem desempenho satisfatório e os problemas surgidos na central de regulação vêm sendo equacionados a cada dia de acordo com as informações repassadas pelos reguladores e demais profissionais do NUCAAR.

## **PROCESSO PRODUTIVO DA REGULAÇÃO DA FISIOTERAPIA**

Este processo oferece alguns recursos que são fundamentais para operacionalização dos processos de regulação, observando-se o modelo de atenção, a conformação das linhas de produção do cuidado, na tentativa de promover o encontro das tecnologias cuidadoras e as necessidades dos usuários.

A demanda média por este procedimento é de aproximadamente 35 (trinta e cinco) solicitações/dia. Estas solicitações são verificadas diariamente, uma a uma, observando-se a justificativa, a qual deve ser plausível, contendo o CID – Código Internacional de Doenças, e/ou quadro clínico do usuário para que possamos

---

<sup>4</sup> Empresa responsável pelo sistema de marcação e regulação de procedimentos informatizados.

<sup>5</sup> Sistema de Gestão Integrada de Recursos Operacionais em Saúde.

avaliar e priorizar os casos com maior necessidade.

Outra variável importante é a checagem das solicitações. No caso se foram feitas de forma irregular, ou seja, com menos ou mais de 10(dez) sessões. No caso de incorreção, essas solicitações são negadas com a justificativa de que elas devem ser corrigidas com a quantidade de 10(dez) sessões.

Após a negativa das solicitações realizadas de forma irregular, o serviço utiliza a ferramenta do sistema que permite excluir as solicitações em duplicidade que permanecem no acesso físico para regulação e posterior autorização.

Solicitações com justificativas que suscitam dúvidas podem ser questionadas através de solicitação de esclarecimento, ferramenta disponibilizada pelo sistema que nos permite diálogo com o solicitante ou podem ser negadas quando forem inconsistentes.

Como se trata de procedimento seriado, que a média de frequência realizada pelos usuários é de 3 (três) sessões semanais e o sistema permite verificar a data da última autorização, no caso de solicitações repetidas, as autorizações obedecem um intervalo de aproximadamente 30(trinta) dias, tempo necessário para que o usuário realize as 10(dez) sessões.

Nos casos de sessões diárias e conseqüentemente maior brevidade para realização das 10 (dez) sessões, os usuários que necessitam dar continuidade sem interrupção prolongada do tratamento costumam recorrer à direção da Unidade Básica de Saúde que se utiliza da Central de Atendimento às UBS<sup>6</sup> para agilização das autorizações.

## **UMA ANÁLISE PRELIMINAR A PARTIR DO COMPLEXO REGULATÓRIO.**

---

<sup>6</sup> Unidade Básica de Saúde

O Decreto nº 5296/2004 do Ministério da Saúde define como deficiência física, “a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que produzam dificuldades para o desempenho das funções.” Brasil (2004)

A partir dos dados obtidos junto à Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, observou-se a necessidade da criação de ações que passem a atender as necessidades de usuários que se utilizam de tratamento fisioterapêutico no SUS em Aracaju.

Em função da diversidade de patologias e sua complexidade, seria, no momento, impossível avaliar de forma ampla a situação de todos os usuários, por isso, foi necessário restringir esta avaliação aos usuários (crianças) com paralisia cerebral, cuja necessidade desse tipo de terapia se dá de forma muito freqüente e teoricamente prolongada.

Teoricamente, porque não é o que se observa a partir da realização dessa análise, pois, no levantamento realizado do período de junho de 2005 a maio de 2006 observa-se um percentual significativo de usuários que são submetidos a esse tratamento por um período insuficiente, levando em consideração a complexidade do processo terapêutico dessa patologia.

Isto se deve em função da oferta insuficiente e, conseqüentemente, da dificuldade de remarcação em tempo hábil para evitar a interrupção do tratamento, (cada autorização para realização de fisioterapia é de 10 (dez) sessões), bem como a dificuldade de deslocamento, principalmente usuários residentes no interior do estado o que os leva à desistência do tratamento.

Ainda em conseqüência da demora de autorizações por esses motivos, a busca de resposta às autorizações deixam de ocorrer, ocasionando um elevado índice de

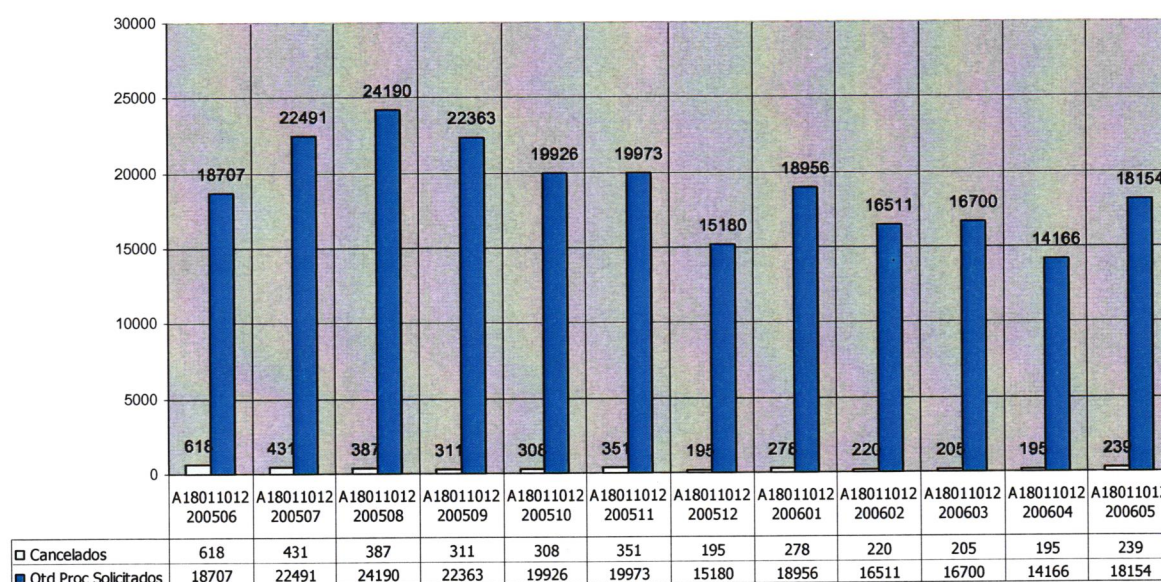


autorizações para o procedimento efetivadas na Central de Regulação e não realizados pelos usuários.

Para melhor análise, os números constantes nos gráficos são relativos às sessões, ou seja, cada solicitação foi multiplicada por 10 (dez).

Na análise realizada, observa-se que o número de solicitações canceladas/negadas (fig.1) não é significativo quando comparado à quantidade de solicitações. Estas solicitações referem-se a todo o tipo de patologia.

Figura 1 – procedimentos solicitados x procedimentos cancelados

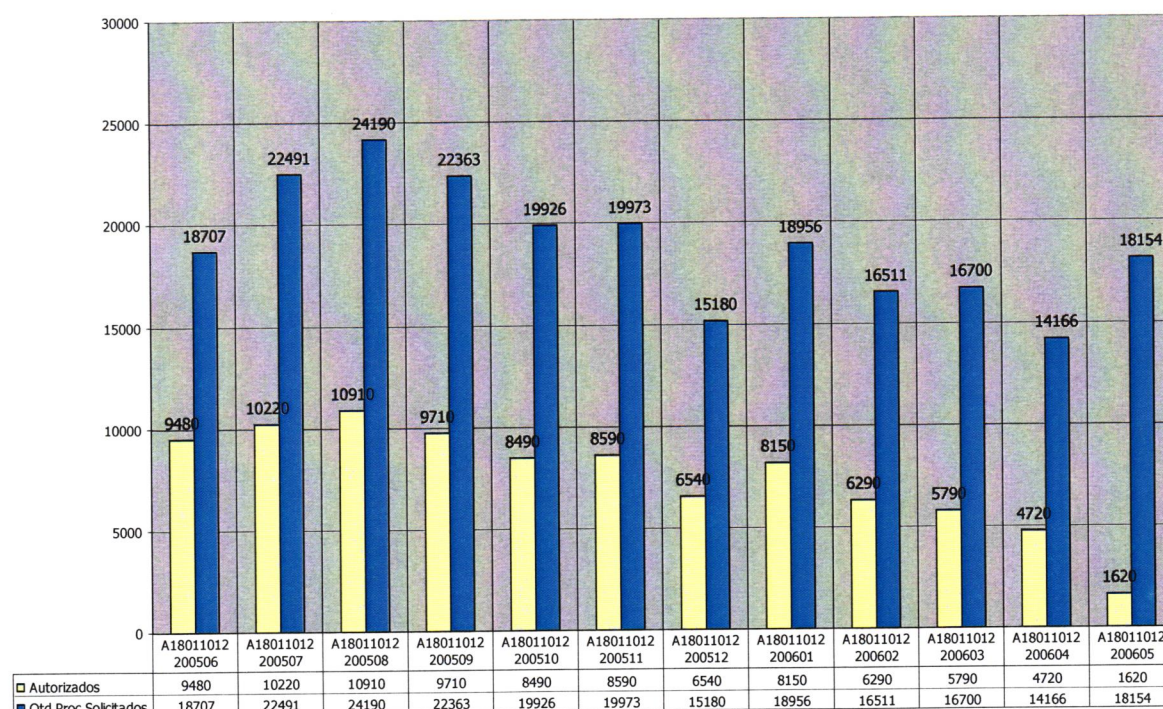


Fonte: NUCAAR – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

Outro dado analisado foi o número de autorizações comparado ao de solicitações mês a mês (fig.2), que evidencia elevada demanda e oferta insuficiente para atender às necessidades dos usuários de fisioterapia do SUS em Aracaju, ocasionando, conseqüentemente, uma demanda reprimida significativa para este procedimento.



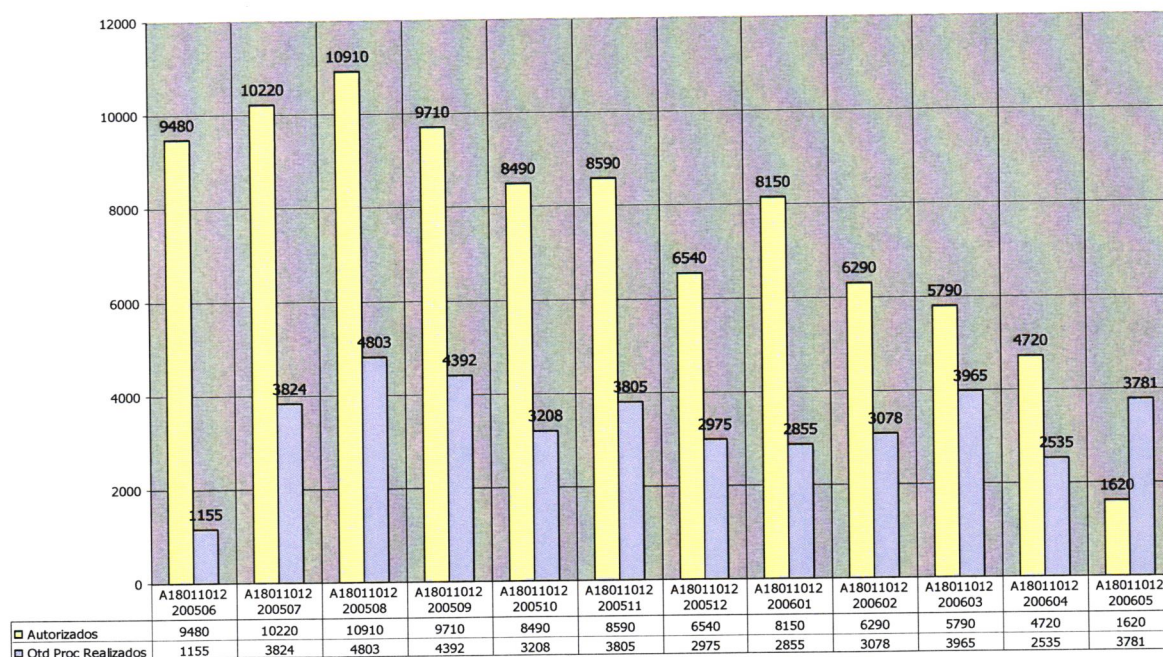
Figura 2 – procedimentos solicitado x procedimentos autorizados



Fonte: NUCAAR – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

Este estudo possibilitou verificar a real utilização dos serviços de fisioterapia pelos usuários do SUS em Aracaju. Além da oferta insuficiente constatou-se um baixo índice de realização e aproveitamento dos procedimentos após sua autorização (fig.3), o que nos faz refletir sobre a efetividade do acesso dos usuários a esses serviços.

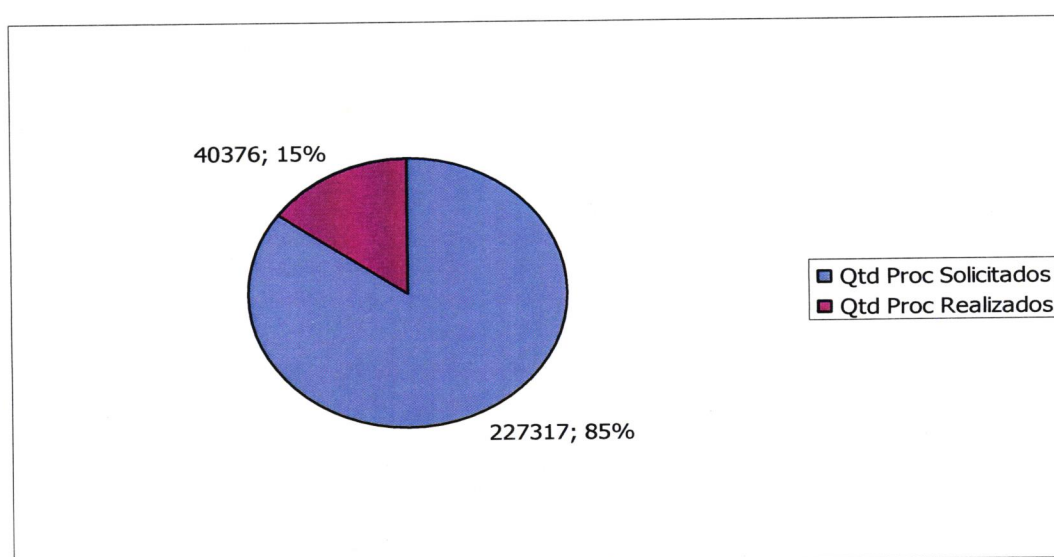
Figura 3 – procedimentos autorizados x procedimentos realizados



Fonte: NUCAAR – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

Quando comparado ao total de solicitações (fig.4) esse índice é ainda mais alarmante. Apenas 15% das solicitações totais foram realizadas.

Figura 4 – total e % de procedimentos solicitados x realizados

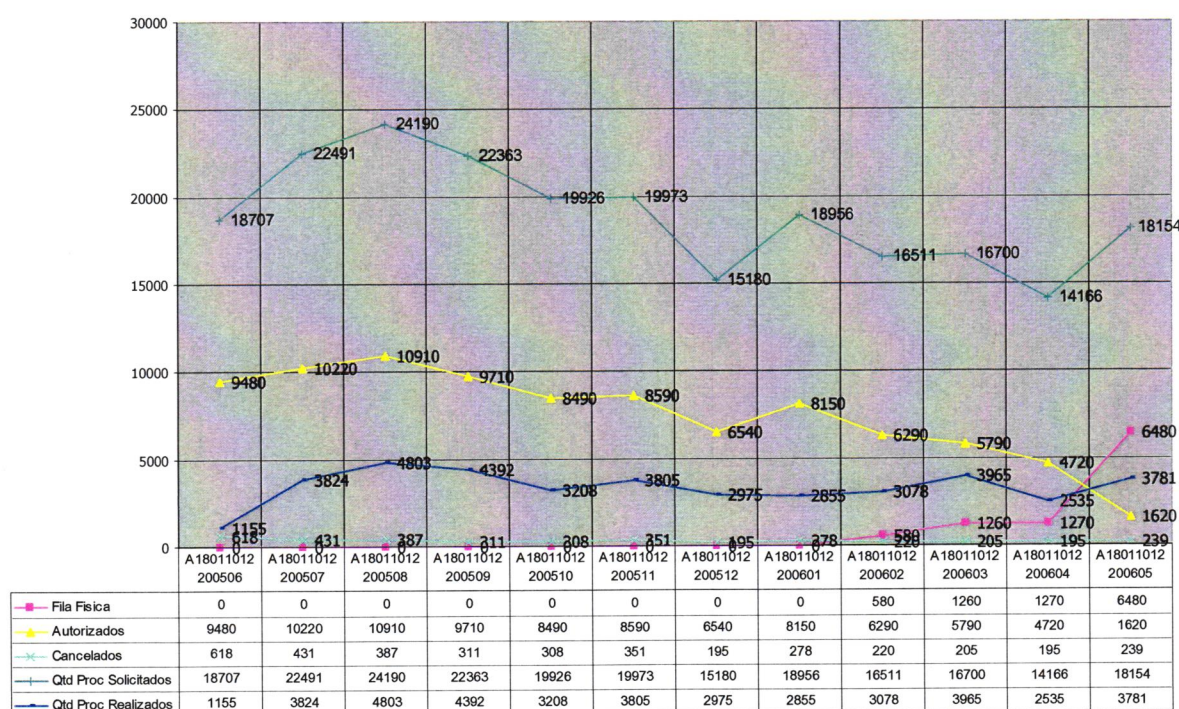


Fonte: NUCAAR – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.



A demanda deste procedimento manteve-se sempre bem acima das autorizações e estas acima das realizações do procedimento (fig.5).

Figura 5 - evolução do comportamento dos quantitativos de fila física<sup>7</sup>, procedimentos solicitados, cancelados, autorizados e realizados no período de 06/2005 a 05/2006.



Fonte: NUCAAR – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

Neste estudo os usuários selecionados foram aqueles nascidos a partir de 1992, portanto, com idade máxima de 14 anos coincidindo com a faixa etária da infância e tendo como CID principal G80 ( paralisia cerebral ). Após esta seleção avaliou-se a utilização da oferta disponibilizada e, a partir desta observação, produziu-se inferência sobre a efetividade no tratamento de fisioterapia (código SIA-SUS<sup>8</sup> 18.01.1012) desses pacientes.

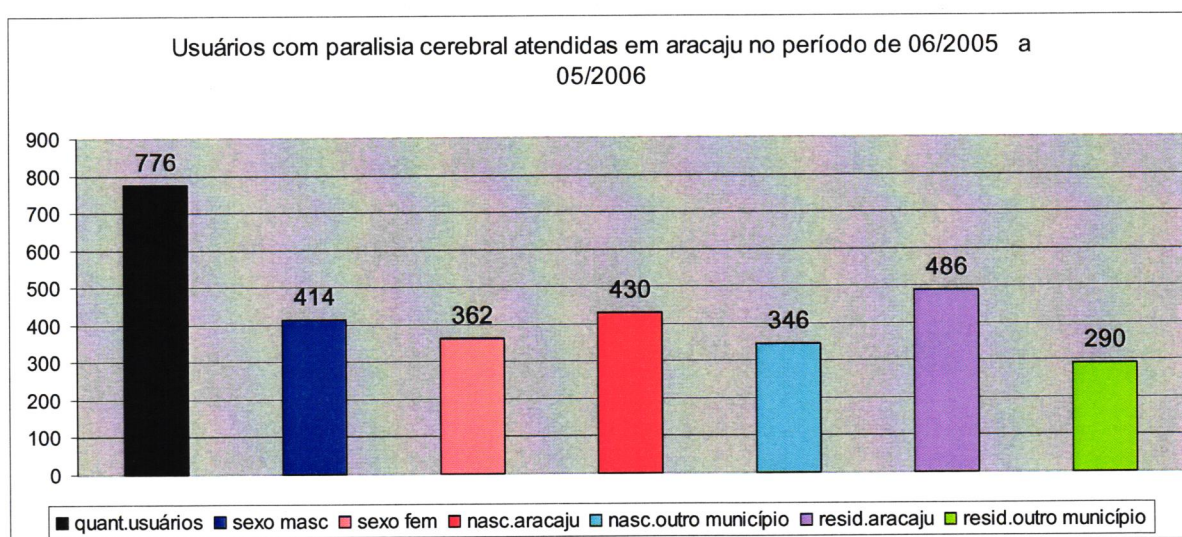
O total de usuários com paralisia cerebral que utilizaram os serviços de fisioterapia que prestam serviço ao SUS em Aracaju no período de junho de 2005 a maio de

<sup>7</sup> Quantidade de usuários aguardando autorização/marcação do procedimento.

<sup>8</sup> Sistema de informação ambulatorial do Sistema Único de Saúde.

2006, foi de 776. Destes, 414 eram do sexo masculino, 362 do sexo feminino, 430 nascidos em Aracaju, 346 nascidos em outros municípios, 486 residentes em Aracaju e 290 residentes em outros municípios, conforme figura 6:

Figura 6 – Usuários com paralisia cerebral atendidos em Aracaju no período de 06/2005 a 05/2006

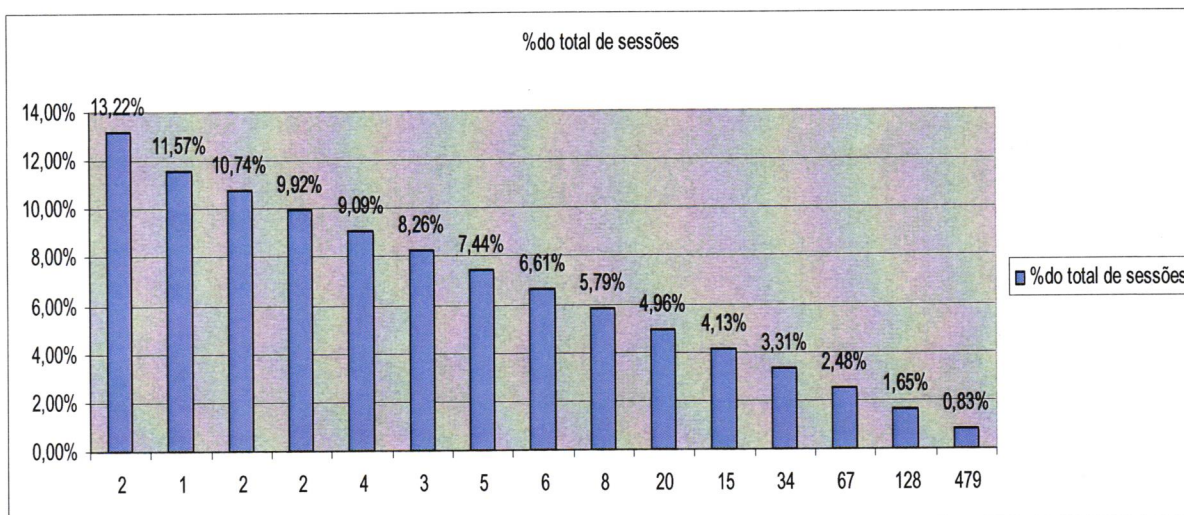


Fonte: NUCAAR – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

Dos 776 usuários estudados, que utilizaram os serviços de fisioterapia ofertados pelo SUS em Aracaju, 479 (61,7%) realizaram no período de um ano, apenas 10(dez) sessões. Esta amostra indica que a média de sessões por usuário no período estudado foi de 20,4 sessões. Apenas 2 usuários realizaram 160 sessões. (Figs.7 e 8).

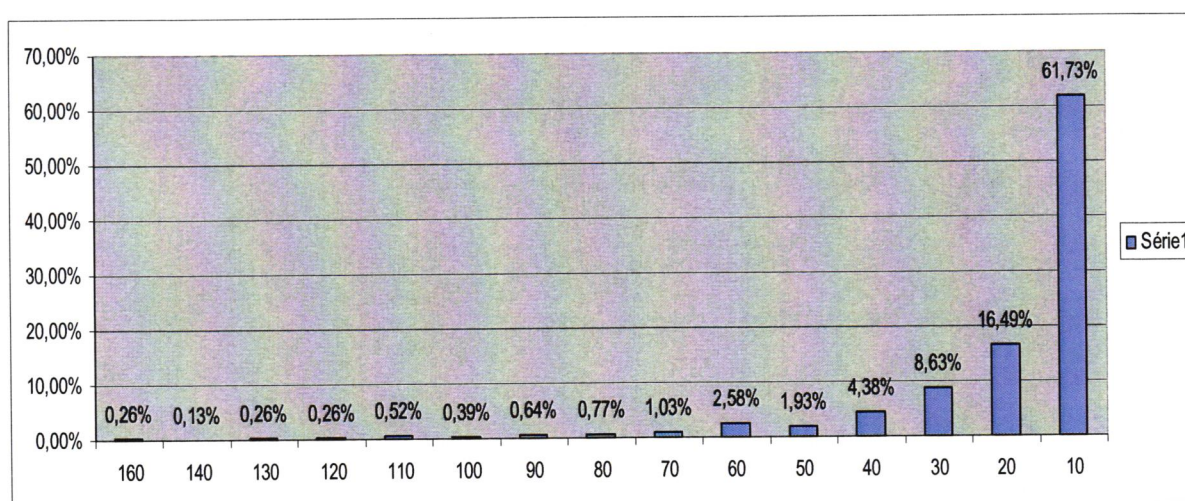


Figura 7 – % de sessões realizadas x número de pacientes



Fonte: NUCAAR – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

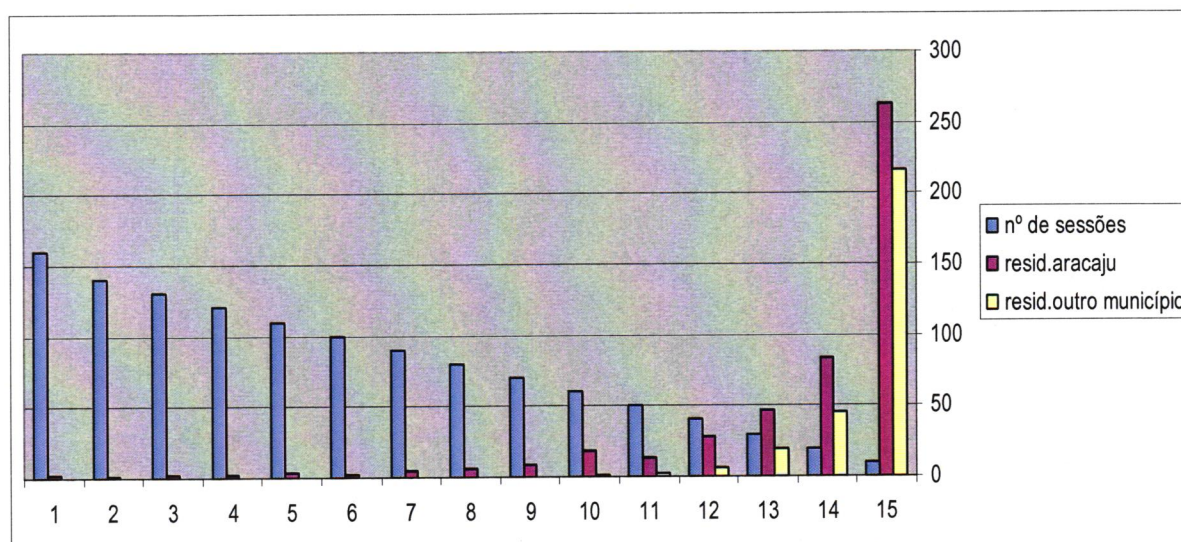
Figura 8 - % de usuários com paralisia cerebral x quantidade de sessões



Fonte: NUCAAR – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

Dos 479 usuários que realizaram apenas 10 sessões no período estudado, 220 eram residentes em outros municípios e 259 residentes em Aracaju o que é um dado preocupante, já que supostamente a dificuldade maior de deslocamento é do morador do interior do Estado.(Fig.9)

Figura 9 – nº de sessões realizadas x município de residência



Fonte: NUCAAR – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

Este dado mostra a necessidade de uma maior implicação na responsabilidade de dar resposta a esta demanda com maior eficácia, uma vez que parece que essa sub-utilização do processo terapêutico em fisioterapia por parte dos usuários se deve também à espera prolongada nas respostas a estas solicitações, dada a sua excessiva quantidade e a oferta insuficiente de serviços nesta área de saúde.

Diante dessa situação, a central de atendimento às Unidades Básicas de Saúde passa a ter importante papel para minimizar esses índices, a partir da interlocução entre a direção dessas Unidades e os profissionais reguladores, ocorrendo, portanto, prioridade na autorização de solicitações daqueles usuários que necessitam de tratamento continuado.

Conforme demonstrado, podemos inferir que as respostas tradicionalmente organizadas na lógica centrada no procedimento, representam sérias limitações para atender as distintas necessidades de atuação da fisioterapia, requerendo empenho por parte dos gestores do SUS na construção de múltiplas ações articuladas, sobretudo no que se refere à atenção às pessoas com deficiência física, sendo necessária a organização de um sistema (programa ou linha de



Com isto claro delimitou-se o grupo potencial de maior vulnerabilidade, a fim de idealizar-se as ações, modelo de atenção e os serviços necessários para construir tal Sistema. Inicialmente a preocupação foi com os usuários do sistema em situação aguda que, em função da morbidade produtora de restrição física, requerem cuidados intensivos, desde o âmbito hospitalar até o nível ambulatorial. Aqui incluiu-se os pacientes com seqüelas decorrentes de TCE<sup>9</sup>, AVE<sup>10</sup>, TRM<sup>11</sup>, neurocirurgias entre outros dessa natureza.

Esses usuários, por se encontram fora do risco de morte, seriam encaminhados à Unidade com Leitos de Reabilitação (Hospital São José ou Hospital Cirurgia), onde permaneceriam até estarem em condição de alta. Nesta fase do tratamento seriam realizados os primeiros cuidados com a reabilitação física, psicológica e orientação à família, além da definição do plano terapêutico para inclusão no cuidado intensivo no Centro de Referência em Reabilitação, onde se definiriam freqüência e tempo para seqüência ao plano de tratamento.

A Secretaria Municipal de Aracaju vem estruturando-se para prestar atendimento a esses usuários observando a linha de cuidado, no que se refere àqueles usuários que necessitam de cuidados de fisioterapia e reabilitação, nos seus diversos níveis de complexidade.

Diante disto faz-se necessário a implementação e reestruturação da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência, conforme Portaria 818 MS/GM de 05 de Junho de 2001, que cria a Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência. Esta rede é formada por equipamentos estruturados para tratamento de alta e média complexidades e tratamento de manutenção e prevenção de patologias.

Os tratamentos de alta complexidade configuram-se em atendimentos a pacientes com lesões neurológicas com até 6 (seis) meses de evolução (patologias

---

<sup>9</sup> Traumatismo crânio-encefálico

<sup>10</sup> Acidente vascular encefálico

<sup>11</sup> Trauma raqui-medular



degenerativas, mal formações congênitas e outras) patologias ortopédicas (pós-operatório de cirurgias de grande porte como protetização, amputação e outras) patologias cardíacas (pós operatório de re-vascularização do miocárdio, pós IAM<sup>12</sup>), patologias pulmonares crônicas agudizadas (enfisema, bronquiectasias, etc.).

Estes usuários deverão ser encaminhados através de APAC<sup>13</sup> de reabilitação para o tratamento. A APAC deverá ser previamente autorizada pela Central de Regulação e o usuário encaminhado ao Centro de Referência em Reabilitação para avaliação e tratamento.

O tempo de tratamento do Centro de Referência em Reabilitação será estimado previamente na avaliação do usuário que passarão por avaliação de equipe multiprofissional que atuará em conjunto no referido Centro. A alta do tratamento será dada com o mesmo critério usado na avaliação quando do ingresso no programa terapêutico, ou seja, pelos membros da equipe.

Como proposta de configuração da rede de atendimento à pessoa com deficiência, partindo-se de pressupostos que a determinação dos níveis de deficiência é condição fundamental para que se possa otimizar o uso dos equipamentos que estarão disponibilizados para esse fim. Com base nessa classificação de risco, aqueles usuários com seqüelas neurológicas decorrentes de traumas com mais de 6(seis) meses de evolução, poderão ser avaliados e ingressados ou não no programa de reabilitação. Nos casos em que na avaliação for constatada a necessidade de apenas manutenção do quadro, os usuários serão encaminhados para realização desse tratamento junto aos prestadores credenciados, assim como os usuários com lesões que requerem tratamento de média complexidade e curto período de duração.

## **CRIAÇÃO DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO**

Este projeto tem como base a portaria MS/GM Nº 818 de 05 de junho de 2001, que

---

<sup>12</sup> Infarto agudo do miocárdio.

<sup>13</sup> Autorização de procedimentos de alto custo.

determina a organização das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física. Trata-se nesta proposta, da estruturação do Serviço de Referência, que envolve os leitos de reabilitação e o atendimento ambulatorial.

## **LEITOS DE REABILITAÇÃO**

Estes leitos têm a finalidade de prestar atendimento e assistência às pessoas com deficiência física, quando, por indicação médica, o regime de internação seja o mais adequado.

Além das ações de reabilitação funcional, o Hospital deve prestar atendimento integral ao paciente para potencializar o processo de reabilitação com atendimento clínico e cirúrgico nas diversas especialidades e acesso aos meios diagnósticos necessários à plena recuperação do paciente.

Os leitos deverão ter exclusividade para essa finalidade e a atenção deverá compreender atividades de avaliação clínica e funcional, atendimento clínico e cirúrgico especializado, serviço auxiliar de diagnóstico e terapia, avaliação e atendimento individual de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem e nutrição.

O Hospital com leitos de reabilitação deverá contar com instalações físicas adequadas e setores de apoio ao processo de reabilitação. Além dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, o atendimento deverá contar com equipe formada por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e profissional de nível médio.

## **SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO (AMBULATÓRIO)**

Conforme estatísticas do Ministério da Saúde e baseados nas principais causas de deficiência física, o atendimento e assistência a que se propõe o Serviço de Referência em Reabilitação são para pacientes com lesão raquimedular, acidente vascular cerebral, traumatismos cranioencefálicos, paralisia cerebral, amputados, doenças neurológicas degenerativas como esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla e doenças do sistema cardiopulmonar, pós-operatório de cirurgias ortopédicas de alta complexidade e cirurgias cardíacas.

O Serviço deverá dispor de área física com dimensão suficiente para o fluxo de 100 (cem) pacientes/dia com serviços especializados para diagnóstico, avaliação e tratamento de pessoas com deficiência física (motora e sensória). Este serviço apresentará maior grau de complexidade, com instalações físicas adequadas, equipamentos, equipe multiprofissional e multidisciplinar especializada, constituindo-se em referência de alta complexidade da Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência Física. Inclui, ainda, prescrição, adequação, treinamento, acompanhamento e fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia poderão pertencer ao Serviço ou ser referenciados, como forma de agilizar o atendimento ao paciente.

## **ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

Todo o paciente com deficiência física encaminhado ao Serviço de Referência, após avaliado pela equipe multiprofissional será inserido no Programa de Reabilitação, já com o objetivo individual a ser alcançado. A prioridade será para pacientes procedentes do Hospital com Leitos de Reabilitação em fase de alta hospitalar.

Após o processo de reabilitação, o paciente irá dispor de oficinas de atividades esportivas para deficientes, realizadas por profissionais de educação física com especialidade nesta área, bem como de atividades laborais no Centro de



Reabilitação Profissional , ainda em fase de estudo. Os pacientes que após o término do Programa de Reabilitação necessitarem de manutenção, terão disponibilizados os prestadores credenciados da Rede SUS para realização dos atendimentos.

## **SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DE ARACAJU**

O Serviço de Referência em Reabilitação está localizado na Rua Porto Alegre, junto ao CEMAR Siqueira Campos, com uma área física de 1.700 m.

O Serviço conta com consultórios para avaliação nas áreas médica, de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, nutrição e serviço social. Salas para atendimento de neuropediatria, terapia ocupacional ,psicomotricidade e pneumologia. Boxes para eletrotermoterapia, piscina terapêutica, e ginásio para atividades de cinesioterapia nas áreas de neurologia adulto, ortopedia e cardiologia, além de auditório para palestras educativas aos usuários e seus responsáveis e/ou cuidadores.

Os pacientes amputados contarão com prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Durante o período de tratamento, que será estimado já na avaliação funcional inicial, ocorrerá a preparação do paciente para a alta, convívio social e familiar. O Serviço disponibilizará ainda orientação técnica às Equipes de Reabilitação dos níveis de menor complexidade e às Equipes de Saúde da Família.

A frequência dos pacientes no tratamento será de, no mínimo, três vezes por semana, com horário marcado. As crianças com seqüelas neurológicas receberão atendimento individualizado em sala especial.

Contaremos com atendimento em reabilitação pulmonar para pacientes com DPOC

e patologias que requeiram desobstrução bronco-pulmonar e programa de Reabilitação Cardíaca para pacientes pós-IAM e em pós-operatório de revascularização do miocárdio, os quais serão submetidos à avaliação do médico cardiologista e realização dos testes necessários para ingresso no Programa.

Os Programas Terapêuticos serão realizados exclusivamente por profissionais habilitados, conforme a legislação, elevando, assim, a qualidade e o propósito a que se dispõe o referido Serviço. Além dos programas terapêuticos realizados no Serviço de Referência em Reabilitação prevemos a implantação de programas educativos de prevenção em parceria com as secretarias municipais de Transporte, Trabalho, Infra-estrutura, Assistência Social, Educação bem como com o Ministério Público, DETRAN, Universidade Federal (aconselhamento genético), etc.

## CONCLUSÕES:

A ampliação dos métodos fisioterápicos, articulados em ações organizadas, desenvolvidas em serviços ordenados e articulados, vem se constituindo em estratégias fundamentais para o manejo de agravos e patologias, determinadas pela transição epidemiológica, onde as patologias crônicas e os eventos associados às causas externas, assumem destaque entre os eventos de importância epidemiológica.

O Decreto nº 5296, que define a Deficiência Física e a Portaria 818 de 05 de junho de 2001 que cria as Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência, foram os principais dispositivos (legal e normativo), para o desenvolvimento da política pública de saúde, a partir do qual vem se percebendo amplo desenvolvimento no País.

Esse processo vem requerendo sensibilidade e compromisso político dos gestores da saúde para o enfrentamento dessa situação. Em Aracaju, esse processo encontra-se em fase avançada, pois desde 2002, o tema da reabilitação passou a figurar como estratégia de governo do gestor municipal.

Apesar de ainda hoje não termos configurada a rede estadual de atendimento à pessoa com deficiência, o SERFISMO - Serviço de Reabilitação Física e Motora da Secretaria Municipal de Saúde, projetado para ser a Referência em Reabilitação, já é realidade. Cumpre-nos a tarefa de prestar atendimento de qualidade aos usuários do serviço público no município de Aracaju, o que nos é favorável, uma vez que as terapias disponibilizadas aos usuários são realizadas somente por profissionais habilitados.

A fisioterapia, em sua atuação, tem avançado na produção do conhecimento específico, sobretudo no campo da reabilitação, contribuindo com a implantação desse conhecimento na clínica e em programas de pós-graduação *latu sensu* e *stricto sensu*; porém, a socialização necessária para o reconhecimento público ainda não foi alcançada a contento, sobretudo nas políticas de saúde.



Participar do processo de implantação do Complexo Regulatório do NUCAAR permite questionar por que o ato de regulação de alguns procedimentos não pode ser realizado por outro profissional que não o médico?

Assim, concordamos com Machado em seu artigo "Formação profissional desestruturada: o desafio da Saúde Pública", publicado na revista O COFFITO 2004 dez 21; quando coloca que, "apesar de o fisioterapeuta ter tradição de trabalho, essa é uma profissão nova, ainda com pouca participação nas equipes do Sistema Único de Saúde".

A implantação da Rede Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência num modelo de atenção com linhas de cuidado bem definidas, onde a multiprofissionalidade seja o teor do processo é cada vez mais iminente para ampliação no cuidado dessa população com eficiência e conseqüentemente resultados positivos.

Agregação de equipes de reabilitação na atenção básica desenvolvendo programas de prevenção para grupos de risco através de processos educativos, atividade física e orientação familiar, bem como assistência em domicílio aos usuários portadores de deficiência acamados nos parece ser ações necessárias e tentativas válidas para minimizar o tempo de espera por tratamento da demanda reprimida.

Os serviços devem estar disponíveis e acessíveis à população alvo com qualidade adequada e a população deve fazer uso deles. Esta utilização resultará em determinada cobertura que é a medida representativa da interface entre o serviço ofertado (processo administrativo) com a população (o quadro epidemiológico).



### Referências bibliográficas

1. **BARRETO, M.L., CARMO, E., NORONHA, C.V.,** Neves BRT & Alves PC 1993. **Mudança nos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas.** Physis 3:126-146.
2. **CAMPOS, G.W. – Reforma da Reforma - Repensando a Saúde – Ed. Hucitec – SP – 1992**
3. **CAMPOS, G.W., CHAKOUR, M., SANTOS, R.C. – Análise Crítica Sobre Especialidades Médicas – Estratégias para integrá-las ao SUS – Cad. de Saúde Pública – Vol. 15 nº1 – Rio de Janeiro - 1997.**
4. **CHAIMOWICZ, F. - A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas.** Revista de Saúde Pública 31(2):184-200.- 1997
5. **Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Diário Oficial da União, Brasília, DF, Brasil – 1978.**
6. **Decreto-Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969**-Diário Oficial da União, Brasília, DF, Brasil – 1969.
7. **Decreto-Lei nº 69.687 de 03 de dezembro de 1971**-Diário Oficial da União, Brasília, DF, Brasil -1971.
8. **Decreto-Lei nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975**-Diário Oficial da União, Brasília, DF, Brasil – 1975.
9. **FLEURY, S. - Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina.** Revista de Saúde Pública 29:243-250. -1995.
10. **LERNER, M. - Modernization and health: a model of the health transition.**

Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association, São Francisco, Califórnia (inédito).-1973

**11.MACHADO,M.H. –Formação Profissional Desestruturada: O Desafio da Saúde Pública – Revista O COFFITO , 21; 15 – 19.-2004**

**12.Memorial do Projeto “Saúde Todo Dia” – Mimeo – 2003**

**13.MERHY,E.E. – Cartografia do Trabalho em Saúde – Ed.Hucitec –SP - 2004**

**14.MURRAY,C.J.L. & LOPEZ,A. -The Global Burden of Disease: a comprehensive risk assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health, Harvard. – 1996**

**15.NASCIMENTO,M.C.-Profissionalização da Fisioterapia em Minas Gerais.Revista Brasileira de Fisioterapia vol.10 nº2 São Carlos. - 2006.**

**16.OMRAM,A.R. - The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change.Bulletin of the World Health Organization 79(2):161-170.- 2001**

**17.POSSAS,C.A. - Social ecosystem health: Confronting the complexity and emergence of infectious diseases. Cadernos de Saúde Pública 17:31-41.-2001**

**18.SANTOS,R.C.-Saúde Todo Dia – Uma Construção Coletiva. Ed.Hucitec-SP – 2006**

**19.SANTOS-PRECIADO,J.I. et al. - La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México. Salud Pública de México 45(supl 1):140-152.-2003**

**20.SIQUEIRA,V.S.,FACCHINI,L.A.,HALLALI,P.C.-Epidemiology of Physiotherapy utilization among adults and elderly. Revista de Saúde Publica , Ago/2005, vol.39 , nº4 ,p.662-668.**