

Editorial

Entre a sobrevida e a funcionalidade: a reabilitação neurofuncional como elo perdido do cuidado em saúde

Between Survival and Functionality: Neurofunctional Rehabilitation as the Missing Link in Healthcare

Renata Viana Brígido de Moura Jucá¹, Lidiane Andrea Oliveira Lima¹, Ramon Távora Viana¹, Rodrigo Fragoso de Andrade¹

1. Departamento de Fisioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

O avanço das políticas públicas voltadas à atenção às condições agudas, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Trauma Crânio Encefálico (TCE) e a Lesão Medular (LM), bem como às condições genéticas raras, a exemplo da Atrofia Muscular Espinal (AME), representa uma conquista relevante para o Sistema Único de Saúde (SUS). A ampliação do acesso ao diagnóstico, ao tratamento medicamentoso e à atenção hospitalar especializada tem contribuído de forma expressiva para a redução da mortalidade. Contudo, embora essencial, esse desfecho não pode ser compreendido como o ponto final do cuidado. Torna-se imperativo investir na continuidade da assistência, de modo a ampliar os ganhos nos indicadores de morbidade, funcionalidade e participação social.

No Brasil, e de forma particularmente evidente na Região Nordeste, observa-se um paradoxo preocupante: salva-se mais vidas, mas falha-se em garantir a reabilitação necessária para que os indivíduos retomem funcionalidade, autonomia e inserção social. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicam que 50,2% das pessoas que sofreram AVC relataram algum grau de limitação nas atividades de vida diária, enquanto apenas 24,6% referiram acesso à reabilitação. Além disso, 73,4% dos indivíduos com limitação funcional não receberam tratamento fisioterapêutico¹.

As limitações variaram de forma significativa entre as regiões brasileiras. O Sudeste apresentou a maior proporção de indivíduos sem limitação de atividades, enquanto o Nordeste concentrou a menor. Esses achados reforçam a necessidade de monitoramento sistemático das desigualdades regionais no acesso à assistência em saúde e de estratégias efetivas de promoção da equidade, sobretudo para populações em maior vulnerabilidade social¹.

Os elevados índices de AVC, TCE e LM, associados às dificuldades persistentes de acesso ao tratamento fisioterapêutico, configuram um importante problema

de saúde pública. A implantação de Unidades de AVC agudo tem se mostrado altamente eficaz na redução da mortalidade, em consonância com as melhores evidências científicas e recomendações internacionais². Entretanto, após a alta hospitalar, grande parte dos sobreviventes não tem acesso oportuno e contínuo à reabilitação. Como consequência, déficits funcionais persistem, comprometendo o retorno às atividades de vida diária, ao trabalho e à participação comunitária, além de gerar dependência prolongada e aumento dos custos previdenciários e sociais.

Situação semelhante é observada no cuidado às pessoas com doenças raras. Hospitais e centros de referência ofertam, no âmbito do SUS, atendimento médico especializado para diagnóstico e acompanhamento clínico, além de terapias medicamentosas de altíssimo custo³. Contudo, mesmo em grandes centros urbanos, como Fortaleza (CE), observa-se a ausência de serviços públicos especializados de reabilitação voltados a essa população. O cuidado permanece fragmentado: assegura-se o tratamento medicamentoso, mas não se garante o suporte interdisciplinar indispensável à integralidade da atenção, comprometendo desfechos funcionais potencialmente modificáveis.

Nesse contexto, é incongruente que indivíduos com doenças raras não tenham assegurada, ao menos, a complementariedade do cuidado por meio da reabilitação e da inclusão social. A ausência ou insuficiência da intervenção fisioterapêutica compromete diretamente a efetividade do cuidado em saúde, favorecendo a evolução para incapacidades evitáveis. O impacto extrapola o campo clínico, refletindo-se no aumento de afastamentos do trabalho, aposentadorias precoces por invalidez e sobrecarga das famílias e da rede de assistência social.

Esse cenário contrasta com o robusto arcabouço legal brasileiro. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa

com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) assegura a atenção integral à saúde, incluindo o acesso à reabilitação multiprofissional. De forma convergente, a Linha de Cuidado do AVC estabelece a continuidade da atenção desde a fase aguda até a reabilitação, com foco na funcionalidade e na reinserção social (4). Entretanto, persiste uma distância significativa entre o que está previsto na legislação e o que é efetivamente oferecido à população.

Adicionalmente, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite (Decreto nº 7.612/2011) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria nº 1.060/2002) já reconheciam a reabilitação como eixo estruturante da atenção à saúde. Ainda assim, permanecem gargalos estruturais importantes, especialmente relacionados à força de trabalho e à distribuição dos serviços.

A Organização Mundial da Saúde recomenda, como parâmetro geral para o planejamento da força de trabalho em reabilitação, a relação aproximada de um fisioterapeuta para cada mil habitantes (5). No entanto, o Ceará, com população superior a nove milhões de habitantes, dispõe de cerca de 5.600 fisioterapeutas, resultando em uma razão aproximada de um profissional para cada 14 mil habitantes. Tal discrepância evidencia um déficit expressivo de recursos humanos, incompatível com a crescente demanda por serviços de reabilitação.

Essa limitação soma-se à insuficiência e à má distribuição da rede assistencial. O Nordeste apresenta 55% de seu território sem cobertura de serviços de reabilitação (6). No Ceará, existem apenas 13 Centros Especializados em Reabilitação (CER), número claramente insuficiente para atender uma população marcada por desigualdades socioeconômicas, ampla extensão territorial e elevada prevalência de condições incapacitantes. A concentração desses serviços em áreas urbanas específicas aprofunda as iniquidades e compromete o princípio da equidade do SUS.

É fundamental reconhecer que a reabilitação não deve ser compreendida como custo adicional, mas como investimento estratégico. Programas reabilitadores eficazes reduzem a dependência funcional, favorecem o retorno ao trabalho e diminuem gastos previdenciários e assistenciais a médio e longo prazo. Negligenciá-la perpetua ciclos de incapacidade e exclusão social.

Dante desse cenário, a Fisioterapia assume papel central, tanto na assistência direta quanto na

formulação e defesa de políticas públicas mais efetivas. É imprescindível ampliar o número de profissionais no SUS, fortalecer a rede de reabilitação, integrar os diferentes níveis de atenção e assegurar a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Ademais, torna-se urgente alinhar a prática clínica aos princípios da funcionalidade, conforme preconiza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Em síntese, as dificuldades de acesso à reabilitação no Brasil, especialmente no Nordeste e no Ceará, evidenciam uma contradição entre avanços normativos, conquistas na atenção aguda e fragilidades persistentes na atenção pós-aguda. Superar esse desafio exige vontade política, planejamento estratégico e reconhecimento da reabilitação como eixo estruturante do cuidado. À Fisioterapia cabe o protagonismo técnico, científico e ético na construção de um sistema que não apenas salve vidas, mas devolva funcionalidade, dignidade e participação social.

DOI: 10.36517/rfsf.v12i2.96494

REFERÊNCIAS

1. Silva MDS, Cavalcante TF, Faria CDCM, et al. Functional disability and access to rehabilitation after stroke in Brazil: analysis of the National Health Survey 2019. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2024;82(6):e20240101. doi:10.1055/s-0044-1792094
2. Rodgers H, et al. Stroke unit care, inpatient rehabilitation and early supported discharge. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2017;88(7):583–590. doi:10.1136/jnnp-2016-314548.
3. Agência Brasil. Brazilian public hospitals now offer BRL 7 million drug for free [Internet]. 2025 May 16 [cited 2025 Dec 19]. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/en/saude/noticia/2025-05/brazilian-public-hospitals-now-offers-brl-7-million-drug-free?utm_source=chatgpt.com>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Rehabilitation 2030: a call for action. Geneva: World Health Organization, 2017
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Cobertura nacional dos serviços de reabilitação no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023