



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

da Silveira Langoni, Chandra; Armani Valmorbida, Luiza; de Lima Resende, Thais
A INTRODUÇÃO DE ATENDIMENTOS POR FISIOTERAPEUTAS EM UNIDADES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 25, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 261-270

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40823864003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A INTRODUÇÃO DE ATENDIMENTOS POR FISIOTERAPEUTAS EM UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

The introduction of individual treatment by resident physical therapists in primary care units

Artigo Original

RESUMO

Objetivos: Avaliar o efeito, em indicadores clínicos, da introdução de atendimentos fisioterapêuticos individuais semanais em cinco unidades de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS. **Métodos:** Foram analisados os prontuários dos 59 usuários tratados entre abril de 2010 e maio de 2011 por duas fisioterapeutas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Foram coletados dados para a determinação dos perfis sociodemográfico (sexo, idade, estado civil e ocupação) e clínico (diagnóstico médico, ingesta medicamentosa, quantidade de medicamentos e presença de dor, dispnéia ou perda urinária). Os dados foram analisados através dos testes *t-Student*, *Mann Whitney*, Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher; o *Odds Ratio* foi empregado quando identificada uma associação significativa. **Resultados:** Predominaram mulheres (81,4%), adultas (62%), que não conviviam maritalmente (62,7%), trabalhadoras domésticas (35,6%) com alterações osteomusculares e do tecido conjuntivo (86,4%). Trinta e dois usuários utilizavam medicamentos no início da intervenção e, ao final, apenas cinco. Após o tratamento, a quantidade de medicamento administrado também reduziu significativamente. O escore da Escala Análogo Visual (dor ou dispnéia) reduziu significativamente ao final de uma média de $7,7 \pm 3,2$ sessões. Aqueles usuários que relataram ter seguido as orientações domiciliares apresentaram uma chance 8,3 vezes maior de ter alta. **Conclusões:** Os atendimentos fisioterapêuticos semanais realizados em unidades de Atenção Primária reduziram os sintomas, o uso e a quantidade de medicamentos ingeridos pelos usuários tratados e tiveram maior sucesso naqueles que seguiram as orientações dadas pelas fisioterapeutas residentes.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Fisioterapia; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objectives: To assess the effect on clinical indicators of the introduction of individual weekly physical therapy sessions in five Primary Health Care units in Porto Alegre, RS. **Methods:** The medical records from 59 patients were analyzed. They were treated between April 2010 and May 2011 by two physical therapists from the Multidisciplinary Residency Program in Family and Community Health at the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul. Data was collected for the determination of the sociodemographic (gender, age, marital status and occupation) and clinical profiles (medical diagnosis, medication intake, number of medications and the presence of pain, dyspnea, or urinary loss). Data was analyzed using Student's *t* test, Mann Whitney, Chi-square and Fisher's exact test; the odds ratio was used when a significant association has been identified. **Results:** Most participants were female (81.4%), adult (62%), who did not cohabitated (62.7%), domestic workers (35.6%) with musculoskeletal and connective tissue disorders (86.4%). Thirty-two participants took medicine at the beginning of the intervention and, at the end, only five did so. After treatment, the amount of administered medications was also significantly reduced. The score of the Visual Analogue Scale (pain or dyspnea) was significantly reduced at the end of an average of 7.7 ± 3.2 sessions. Those users who reported having followed the domiciliary advice had an 8.3 times greater chance of being discharged. **Conclusions:** The weekly physical therapy sessions carried out at Primary Care units reduced symptoms, the use and amount of medication taken by the users treated and achieved greater success among those who followed the domiciliary advice given by the resident physical therapists.

Descriptors: Primary Health Care; Physical Therapy; Health Promotion.

Chandra da Silveira Langoni⁽¹⁾
Luiza Armani Valmorbida⁽¹⁾
Thais de Lima Resende⁽¹⁾

1) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS - Porto Alegre (RS) - Brasil

Recebido em: 31/06/2011
Revisado em: 30/01/2012
Aceito em: 09/04/2012

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil entrou em vigor na década de 80⁽¹⁾. Ao longo dos anos, políticas, programas e estratégias referentes a ele vêm sendo gradativamente implementados em busca de melhor resolubilidade dos problemas de saúde da população brasileira. Assim como o SUS, os profissionais da área, entre eles o fisioterapeuta, também se aperfeiçoam para atender às necessidades de saúde da população.

No dia 19 de setembro de 1990, a lei nº 8.080 regula o SUS, com seus princípios e diretrizes, tais como a universalidade de acesso, integralidade e equidade da assistência, descentralização, regionalização, hierarquização da rede de serviços de saúde, e participação popular. Essa lei dispõe, entre outros, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde⁽¹⁾.

Vinte anos após a consolidação do SUS no Brasil, os princípios assistenciais e organizativos que regem suas leis ainda não foram plenamente atingidos, mas obtiveram avanços⁽²⁾. A possibilidade de organização e o adequado funcionamento dos níveis secundário e terciário de atenção dependem da diligência direcionada ao primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, à Atenção Primária à Saúde (APS)⁽²⁻⁴⁾.

Um estudo⁽⁴⁾ sugere a APS como a base de uma pirâmide, pois é formada por Unidades de Saúde (US) responsáveis pela população situada em sua cobertura territorial e por profissionais que devem trabalhar com a atenção integral voltada à saúde dos indivíduos, fazendo desses locais uma porta de entrada para os demais níveis de atenção.

Portanto, a APS volta-se para ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, atingindo o individual, o coletivo e visando à melhora da qualidade de vida das pessoas e do contexto no qual elas vivem^(2,3).

A fim de manter essa conformação, a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 revisa e adequa as diretrizes e normas para a organização da APS para o Programa de Saúde da Família, como estratégia prioritária à reorganização dos processos de trabalho desse nível de atenção em comum acordo aos preceitos do SUS⁽³⁾.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge para o fortalecimento da atenção à saúde, enfatizando a integralidade da assistência, o tratamento do indivíduo integrado à família e ao seu meio. A ESF visa melhorar a resolubilidade da rede de atenção primária e o vínculo dos profissionais dos serviços com o indivíduo e a comunidade, estimulando, assim, a corresponsabilização pela saúde⁽⁵⁻⁷⁾.

No entanto, a APS tem se deparado com alguns problemas que acabam impossibilitando a prática correta

dos serviços de saúde, inclusive aqueles com ESF. Alguns estudos apontam as dificuldades e os desafios quanto à resolubilidade dos serviços de APS, como: o acesso aos serviços de saúde; a corresponsabilização dos profissionais, indivíduos e comunidade perante a saúde; e o olhar dos profissionais direcionado às necessidades específicas que as comunidades apresentam^(6,8).

Dessa forma, com o intuito de solucionar as dificuldades encontradas nos serviços da APS, passam a ser vistos como necessários a formação e o envolvimento de profissionais que trabalhem e articulem o seu saber específico com os saberes coletivos, em busca de uma prática social através dos preceitos do SUS^(7,9).

Assim, surgem, no ano de 2002, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família em resposta à organização e ao entendimento das práticas de profissionais da saúde na atenção primária. O Ministério da Saúde criou, então, 19 programas nessa conformação, com a perspectiva dos profissionais da saúde, inclusive os fisioterapeutas, trabalharem integrados para acrescer valores primários, como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento⁽¹⁰⁾.

Inicialmente, a Fisioterapia direcionava-se para as práticas curativas e reabilitadoras⁽¹¹⁾, o que justificava a sua inserção apenas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Nos últimos anos, porém, o seu campo de atuação vem crescendo e os profissionais encontram-se em busca do aprimoramento na prevenção de agravos e na promoção da saúde⁽¹²⁾; desenvolvendo esse que se torna facilitado por intermédio da inclusão de fisioterapeutas na realização de programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família.

A reestruturação do modelo de atenção no Brasil sugere ao fisioterapeuta a readaptação e redefinição das responsabilidades e práticas profissionais à APS. A partir disso, sem abandonar suas competências referentes à reabilitação, o objeto de intervenção da Fisioterapia passa a implicar na aproximação à promoção da saúde, prevenção de agravos e na nova organização dos modelos de atenção na concepção e atuação do profissional⁽¹³⁾.

Com vistas a isso, estudos abordam diferentes perspectivas da Fisioterapia voltada à APS, tais como: as possibilidades de atuação de fisioterapeutas nesse nível de atenção à saúde⁽¹³⁾; os aspectos facilitadores e dificultadores da atividade profissional no desenvolvimento de estratégias para a melhoria dos serviços na APS⁽⁵⁾; a necessidade da participação de fisioterapeutas no cuidado às famílias da ESF⁽¹⁴⁾; e o incentivo à educação popular aplicada aos atendimentos fisioterapêuticos domiciliares⁽¹⁵⁾.

Entretanto, não foram encontrados estudos direcionados à verificação do impacto de atendimentos fisioterapêuticos

individuais em unidades da APS. Com isso, apesar da ampla possibilidade de atuação dos fisioterapeutas, ainda não estão claras a necessidade e a forma de inserção desse profissional nesse nível de atenção, tanto para as equipes, gestores e usuários dos serviços de saúde quanto para os próprios profissionais^(12,16-18).

Portanto, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o efeito, em indicadores clínicos, da introdução de atendimentos fisioterapêuticos individuais semanais em unidades da APS.

MÉTODOS

Este foi um estudo do tipo observacional, analítico e retrospectivo, realizado a partir da coleta de dados secundários advindos de duas fontes: (1) o projeto de trabalho relativo à introdução dos atendimentos fisioterapêuticos semanais em cinco unidades da APS no Distrito Leste/Nordeste de Porto Alegre/RS; e (2) os prontuários dos usuários que foram atendidos individualmente por duas fisioterapeutas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PREMUS 2009/PUCRS) entre abril de 2010 e maio de 2011. O PREMUS 2009/PUCRS foi composto por 19 residentes de sete áreas de atuação distintas (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social).

Durante o Programa de Residência, as fisioterapeutas elaboraram e executaram, entre outros, um projeto de trabalho referente à introdução de atendimentos fisioterapêuticos individuais nas unidades onde estavam inseridas. A seguir são, apresentados detalhes dos diferentes aspectos do projeto de trabalho.

Os atendimentos fisioterapêuticos individuais foram oferecidos aos usuários que necessitassem de acompanhamento, que não pudessem se deslocar até os locais de atendimento da rede pública, ou que apresentassem uma das seguintes condições: atraso no desenvolvimento neuropsicomotor na primeira infância; alterações osteomusculares e do tecido conjuntivo; perda urinária e/ou alterações do aparelho respiratório (agudas ou em período de agudização).

Não receberam encaminhamento para os atendimentos fisioterapêuticos individuais os usuários que: possuísem convênio suplementar ao SUS; fossem acamados ou portadores de alterações neurológicas; não pudessem chegar independentemente à Unidade de Saúde; ou apresentassem condições para realizar fisioterapia em outros locais.

Os usuários eram encaminhados pelos médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde por meio do documento

de referência e contrarreferência para tratamento com as fisioterapeutas residentes, as quais organizaram um turno por semana em cada Unidade para os atendimentos. Dessa forma, os usuários eram atendidos em sessões individuais semanais com duração de 40 minutos, realizadas em salas com maca. Cada usuário foi tratado conforme a avaliação inicial feita pelas fisioterapeutas, de acordo com os sinais e sintomas apresentados e referidos.

Os usuários foram avaliados antes de iniciar o tratamento e ao final deste, através de instrumentos como: escala análogo-visual (EAV - dor ou dispnéia); goniômetro; fita métrica e estetoscópio. A EAV utilizada foi apresentada aos usuários em um formato gráfico, constituindo-se por uma linha de 10 centímetros, ancorada com termos que representam os extremos para demarcar os limites inferior e superior da sensação. As respostas foram marcadas pelos usuários em qualquer lugar ao longo do comprimento da escala, gerando escores que variaram de 0 a 10 centímetros. Já para os atendimentos, instrumentos caseiros foram elaborados e/ou adaptados para a realização das sessões nas Unidades e posterior repetição sem supervisão profissional nos domicílios, tais como: garrafas preenchidas com água ou areia (devidamente pesadas); bolas de plástico; bolas pequenas de borracha; ataduras; pacotes fechados de alimentos não perecíveis (500 gramas ou um quilo); luvas cirúrgicas; toalhas e almofadas.

Durante os atendimentos, além do tratamento, as fisioterapeutas residentes orientavam os usuários quanto aos cuidados relativos à condição pela qual estavam sendo tratados, assim como a respeito de cuidados gerais de saúde. Novas orientações eram feitas a cada sessão conforme a evolução do tratamento para que os usuários as seguissem em seus domicílios nos demais dias da semana. A cada sessão, o usuário era perguntado sobre a realização das tarefas propostas no último atendimento; avaliado sobre seu aprendizado relativo às orientações do último encontro; as atividades eram revistas quanto ao tipo, frequência e intensidade, conforme a evolução de cada usuário; e era feito o registro relativo ao seguimento ou não das orientações domiciliares no seu prontuário. No presente estudo, essa informação foi utilizada para o cálculo da chance de alta do tratamento fisioterapêutico.

A outra fonte de informações utilizada para a realização do presente estudo foram os prontuários dos 59 usuários que receberam o atendimento fisioterapêutico individual. A partir da análise deles, foram coletados dados referentes aos perfis sociodemográfico e clínico dos indivíduos tratados.

Para a determinação do perfil sociodemográfico, coletaram-se os seguintes dados: sexo, idade, estado civil e ocupação. A variável “estado civil” foi agrupada em duas categorias: (1) convive maritalmente (casado ou

convivendo maritalmente); e (2) não convive maritalmente (solteiro, viúvo ou divorciado). A variável “ocupação” foi agrupada em: (1) trabalhadores domésticos (do lar, diarista e empregada doméstica); (2) aposentado/beneficiário; (3) trabalhadores da produção de bens/serviços industriais, reparação/manutenção; (4) trabalhadores dos serviços (cofeira, costureira, manicure, operadora de caixa, *motoboy*, confeitaria e cuidadora de crianças, adultos dependentes ou idosos); e (5) desempregado/não trabalha⁽¹⁹⁾.

Já para a definição do perfil clínico, foram coletadas informações relativas ao diagnóstico médico, ao uso de medicamentos, à quantidade de medicamentos e à presença de dor, dispneia ou perda urinária. Com exceção do diagnóstico médico, os dados do perfil clínico são referentes a duas ocasiões diferentes, a avaliação inicial e a final.

Os diagnósticos médicos foram agrupados em três categorias: (1) alterações osteomusculares e do tecido conjuntivo de coluna, membros superiores e membros inferiores (51 casos); (2) alterações geniturinárias (incontinência urinária – sete casos); e (3) alterações do aparelho respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica – um caso). Para facilitar a leitura e compreensão do texto, a primeira categoria será referenciada como alterações osteomusculares, a segunda como incontinência urinária e a terceira se manterá como alterações do aparelho respiratório.

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel* 2007 e receberam tratamento estatístico no software SPSS 17.0 (*Statistical Package to Social Sciences for Windows*), com o nível de significância (α) de 5% para os critérios de decisão.

A investigação do estudo da distribuição foi feita com o teste de Kolmogorov Smirnov ($n > 50$). As variáveis contínuas foram apresentadas pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude); para a comparação dessas variáveis, foram utilizados os testes *t-Student* e Mann Whitney.

A apresentação das variáveis categóricas deu-se pelas frequências absolutas e relativas; os testes Qui-quadrado de Pearson (com correção da continuidade) e Exato de Fisher foram utilizados para avaliar a associação dessas variáveis. O Odds Ratio (OR) foi empregado quando identificada associação significativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (11/05358) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (001.003295.11.7). Para a submissão do projeto aos dois Comitês de Ética, as autoras assinaram o Termo de Compromisso para Utilização e Divulgação dos Dados, de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos 59 usuários que compuseram a amostra pode ser visto na tabela I. O predomínio foi de mulheres (81,4%), com média de idade de $51,4 \pm 15,7$ anos, que não convivem maritalmente (62,7%), cuja ocupação era ligada a trabalhos domésticos (35,6%).

Tabela I - Características sociodemográficas da amostra. Porto Alegre-RS, 2010-2011.

Variável	Total
Sexo*	
Feminino	48 (81,4)
Masculino	11 (18,6)
Idade (anos)	
Média \pm desvio padrão	$51,4 \pm 15,7$
Mínimo – máximo	10 – 84
Faixa etária (anos)*	
Criança adolescente (0-19)	2 (3,4)
Adulto jovem (20-40)	11 (18,6)
Adulto (41-64)	37 (62,7)
Idosos (65 anos ou mais)	9 (15,3)
Estado civil*	
Convive maritalmente	22 (37,3)
Não convive maritalmente	37 (62,7)
Ocupação*	
Trabalhadores domésticos †	21 (35,6)
Aposentado/beneficiário	13 (22,0)
Pedreiro	2 (3,4)
Trabalhadores dos serviços ‡	15 (25,4)
Desempregado/não trabalha	8 (13,6)

* Valores apresentados na forma n (%) com percentuais obtidos sobre o total de casos válidos; †: Trabalhadores domésticos (do lar, diarista e empregada doméstica); ‡: Trabalhadores dos serviços (cofeira, costureira, manicure, cuidadora, operadora de caixa, *motoboy* e confeitaria)

Quanto ao perfil clínico dos 59 usuários (tabela II), prevaleceram as alterações osteomusculares, observadas em 86,4% deles. Entre essas, as mais frequentes foram: as discopatias degenerativas em segmentos da coluna lombar e cervical (18,6%); tendinites em musculaturas dos membros superiores (13,5%); e artroses nos joelhos, lombar e cervical (11,86%).

Dentre os 59 usuários que constituíram a amostra do estudo, 12 não receberam alta do tratamento. Cinco deles não puderam mais comparecer aos atendimentos por razões

ligadas ao seu trabalho; três por necessidade de assumirem o cuidado de familiares; dois devido à mudança para fora da área de abrangência da Unidade de Saúde e dois usuários abandonaram o tratamento logo no início. A média de sessões realizadas pelos 47 usuários que tiveram alta do tratamento fisioterapêutico (79,7%) foi de $7,5 \pm 3,3$ sessões (2 a 15 sessões).

Tabela II - Características clínicas da amostra. Porto Alegre-RS, 2010-2011.

Variável	Total
Diagnóstico médico*	
Alterações osteomusculares †	51 (86,4)
Alterações no aparelho respiratório ‡	1 (1,7)
Incontinência urinária	7 (11,9)
Uso de medicamento – Inicial * §	
Sim	32 (59,3)
Não	22 (40,7)
Uso de medicamento – Final * §	
Sim	5 (9,3)
Não	49 (90,7)
Quantidade de medicamento – Inicial * §	
0	22 (40,7)
1	23 (42,6)
2	9 (16,7)
Quantidade de medicamento – Final * §	
0	49 (90,7)
1	5 (9,3)
2	0 (0,0)
Escore da Escala Análogo-visual (cm)	
Avaliação inicial	8,3 (6,8 – 9,3)
Avaliação final	0,2 (0,0 – 2,4)

* Valores apresentados na forma n(%) com percentuais obtidos sobre o total de casos válidos; †: alterações osteomusculares e do tecido conjuntivo de coluna, membros superiores e membros inferiores; ‡: doença pulmonar obstrutiva crônica; §: n= 54; || : Mediana (Q1 – Q3).

Apesar de 12 usuários não terem tido alta fisioterapêutica, foi possível obter os dados relativos ao uso de medicamentos de sete deles, pois estavam em atendimento médico à época. Dessa forma, para as análises relativas ao uso e à quantidade de medicamentos, foram utilizados os dados de 54 usuários (tabela II) e não somente 47.

Na comparação do uso de medicamentos entre as avaliações inicial e final, foi detectada uma redução

significativa na proporção de usuários que utilizavam medicamentos na avaliação final ($p<0,001$; Teste de McNemar). No início do estudo, 32 usuários utilizavam medicamento, e ao final, apenas cinco (tabela II).

Em relação à quantidade de medicamento administrado (tabela II), na avaliação final foi vista uma redução significativa dos usuários que ingeriam um e dois medicamentos ($p=0,013$; Teste de McNemar). O número de usuários que não utilizavam nenhum medicamento aumentou de 22, na avaliação inicial, para 49 ao final do tratamento.

Em relação à EAV da dor (tabela II), foram utilizados os dados de 41 dos 47 usuários que receberam alta, pois seis deles não compreenderam a escala. Ao comparar os dados da avaliação inicial (Mediana: 8,3; 1º-3º quartil: 6,8 – 9,3) com a final (Mediana: 0,2; 1º-3º quartil: 0,0 – 2,4), foi detectada, após a intervenção fisioterapêutica, uma redução significativa no escore da dor ($p<0,001$; teste de Mann Whitney), sendo que 17 dos 41 usuários tiveram alta sem dor (escore EAV= zero). O único usuário com quem foi utilizada a EAV de dispnéia apresentou escore de 9,1cm ao início do tratamento e zero ao final, após 13 sessões de tratamento. Assim sendo, os escores da EAV mostraram-se, em todos os casos, menores na avaliação final.

Em relação à adesão às orientações dadas pelas fisioterapeutas residentes, 50 usuários (84,7%) declararam realizá-las. Foi encontrada uma associação estatística significativa entre a alta do tratamento fisioterapêutico e a realização das orientações ($p=0,001$; teste Exato de Fisher por simulação de Monte Carlo). As chances (Odds ratio) de um usuário que segue as orientações em domicílio ter alta do tratamento são 8,3 vezes maiores do que as do participante que não as realiza (IC95%: 1,3 – 23,9; $p<0,001$).

Para a análise inferencial entre o diagnóstico médico e o número de sessões, foram excluídos os usuários que não concluíram o tratamento ($n=12$) e o único usuário com alterações no aparelho respiratório, o qual realizou 13 sessões até a melhora total do seu quadro. O número de sessões dos usuários com alterações osteomusculares (Mediana: 8; 1º-3º quartil: 5,3 – 9,5) mostrou-se significativamente maior ($p=0,003$; teste de Mann Whitney) que o do grupo com incontinência urinária (Mediana: 4,5; 1º-3º quartil: 2,5 – 5,7).

DISCUSSÃO

Os usuários das cinco Unidades de Saúde que realizaram os atendimentos individuais com as fisioterapeutas residentes foram predominantemente mulheres, em idade adulta, trabalhadoras domésticas e que não conviviam maritalmente. É uma característica dos serviços de saúde da

atenção primária ser mais acessados por mulheres em idade adulta⁽²⁰⁾. Nesse nível de atenção, as mulheres comparecem em maior volume aos serviços de saúde por terem uma percepção diferenciada do seu processo saúde-doença⁽²¹⁾. Além disso, estudos consideram que elas dispõem de maior tempo, devido à inserção informal no mercado de trabalho como domésticas e cuidadoras, dentro ou fora de casa^(21,22).

Nesse contexto, também a maioria das mulheres do presente estudo conciliam o trabalho em seus lares com o trabalho fora de casa como doméstica, diarista ou cuidadora de indivíduos dependentes. Parece que essa característica as torna mais vulneráveis às alterações osteomusculares, conforme achados de estudos^(20,22) que apontam para o fato de que distúrbios ocupacionais ou gerados por esforços repetitivos são relacionados ao trabalho doméstico. Isso corrobora o achado de que as alterações osteomusculares foram o diagnóstico médico mais frequente nesta amostra, composta majoritariamente por mulheres em ocupações domésticas. A conexão entre o fazer dessas mulheres e seu adoecimento fica também clara quando se observa que as alterações osteomusculares predominantes foram as discopatias degenerativas, artrose de coluna lombar e cervical, tendinite em musculaturas de membros superiores e artrose em joelhos.

O predomínio e o tipo das alterações osteomusculares do presente estudo concordam com os achados de outros estudos, os quais identificaram na APS a dor musculoesquelética lombar entre os quadros de dor crônica mais prevalentes nesse nível de atenção^(22,23), ocorrendo como consequência de processos fisiológicos degenerativos que podem ser causados por esforços exacerbados ao longo do tempo⁽²³⁾. Além de prevalentes, as alterações musculoesqueléticas podem causar impacto negativo na capacidade funcional⁽²⁴⁾, na qualidade de vida e na produtividade dos indivíduos⁽²⁵⁾.

Em um estudo realizado⁽²⁶⁾ na zona urbana do município de Caxias do Sul-RS, os autores observaram que 57 das 302 pessoas que apresentavam algum grau de dependência funcional eram portadores de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo. Esses autores consideraram pouco expressiva a quantidade de pessoas que realizaram tratamento fisioterapêutico, 82 de uma amostra de 338 (36 independentes e 302 dependentes funcionais), sendo que apenas 16 delas pelo sistema público, pois referem que o agravamento das alterações pode ser evitado com a fisioterapia.

Além disso, sugerem reflexão sobre uma intervenção primária que possa influenciar de forma capacitante o processo de degeneração funcional da população. Outros autores⁽²³⁾ reforçam a importância da detecção e do tratamento dessas alterações pela equipe da APS, possibilitando, assim, a prevenção de agravos e a redução

do impacto social e econômico que elas podem causar à população.

Outro achado deste estudo foi que a associação do tratamento fisioterapêutico semanal com as orientações realizadas em domicílio levou à redução significativa não só do número de usuários que utilizavam medicamento, como também da quantidade de medicamentos utilizada por eles. Esse achado tem implicações diretas no custo da APS, pois, além dos medicamentos representarem um dos principais gastos com ela⁽²⁷⁾, nesse nível de atenção à saúde, a prescrição do tratamento farmacológico ocorre na maioria das consultas médicas, sendo os anti-inflamatórios e analgésicos as classes terapêuticas mais prevalentes⁽²⁰⁾, justamente os que sofreram redução significativa no presente estudo.

A redução da ingesta medicamentosa observada neste estudo foi acompanhada pela redução dos escores da EAV (dor e dispneia) na avaliação final de todos os casos observados. Esses resultados corroboram achados de outros pesquisadores⁽²⁸⁾, que utilizaram cinesioterapia e terapia manual para o tratamento de lombalgia crônica e obtiveram redução significativa da dor, confirmada através da redução significativa dos escores da EAV.

Não obstante, no presente estudo os benefícios dos atendimentos não se restringiram aos usuários com alterações osteomusculares e respiratórias - as sete usuárias com incontinência urinária relataram cessação da perda urinária. Todas foram encaminhadas pelos ginecologistas da Unidade Básica de Saúde (UBS) e, assim como os outros usuários da amostra, realizaram apenas uma sessão semanal de fisioterapia, além de seguirem as orientações em casa.

Elas, entretanto, receberam alta do tratamento fisioterapêutico, com retorno completo à continência com uma média menor de sessões de tratamento ($4,3 \pm 1,7$ sessões) do que os usuários com os outros diagnósticos ($7,8 \pm 3,1$ sessões). Essa taxa de sucesso encontra-se na literatura há tempos, com estudos apontando a fisioterapia como uma alternativa terapêutica de baixo custo, efeitos colaterais⁽²⁹⁾, rápida, resolutive e de fácil aplicação na APS⁽³⁰⁾, além de influenciar na melhora da qualidade de vida dos usuários⁽³¹⁾.

A facilidade e eficácia do tratamento da incontinência urinária na APS foi demonstrada por um estudo realizado com usuárias de uma UBS de Belo Horizonte/MG⁽³⁰⁾. Nele, os autores mostraram que as 17 mulheres que, duas vezes por semana, realizaram na Unidade um protocolo de cinesioterapia com a orientação de uma fisioterapeuta obtiveram melhora do quadro geniturinário; enquanto as 18 mulheres que realizaram o protocolo somente em seu domicílio e sem a supervisão da profissional não apresentaram modificações dos sintomas da incontinência⁽³⁰⁾.

Esses achados levaram os autores a concluir que a associação de um programa de exercícios pélvicos supervisionados por um fisioterapeuta associado à educação em saúde pode ser uma alternativa eficaz para o tratamento de incontinência urinária em uma UBS⁽³⁰⁾, o que também constatamos com nossos resultados, obtidos em através de apenas uma sessão semanal. A despeito desse achado, com exceção dos ginecologistas, médicos e enfermeiros da rede primária de saúde dificilmente indagam ou abordam as usuárias sobre essa disfunção⁽³²⁾. Se a esse conhecimento for acrescentado o fato de que, apesar de a fisioterapia ser um dos principais recursos no tratamento conservador da incontinência urinária, na maioria das vezes, os médicos não a prescreve por desconhecerem os seus benefícios no tratamento desta⁽³²⁾, pode-se, então, entender porque altas taxas de prevalência de incontinência urinária (20% a 50%) ainda são encontradas entre as usuárias da APS⁽³³⁾.

O presente estudo considerou também os dados referentes ao abandono e à alta do tratamento fisioterapêutico da amostra. A desistência encontrada durante os atendimentos foi pequena, de apenas dois participantes (3,4%). Além deles, outros dez usuários não puderam completar o tratamento. Dessa forma, 47 (79,7%) dos 59 usuários receberam alta do tratamento. Esse percentual está de acordo com o encontrado em outra pesquisa⁽³⁴⁾, a qual mostrou que dos 44 participantes do seu estudo, 11 abandonaram o tratamento fisioterapêutico por motivos pessoais e 33 o realizaram até a alta (75%).

Porém, esses autores avaliaram mulheres do Instituto de Ginecologia e Mastologia de um hospital de São Paulo/SP que estavam submetidas à mastectomia. Ao considerarmos o fato de o estudo citado estar relacionado ao terceiro nível de atenção à saúde, torna-se imprecisa a comparação direta dos dados referentes à continuidade e à desistência do tratamento fisioterapêutico com o presente estudo. No entanto, não foram encontrados estudos sobre a desistência do tratamento fisioterapêutico no primeiro nível de atenção à saúde, refletindo não só a escassez de conhecimento sobre o assunto, como também a pouca oferta dessa alternativa terapêutica.

Como os atendimentos fisioterapêuticos do presente estudo eram realizados uma vez por semana, acredita-se que a melhora dos usuários aconteceu, também, devido ao fato de eles terem aderido às orientações dadas e restituídas a eles pelas fisioterapeutas residentes a cada atendimento fisioterapêutico; não só as relativas ao autocuidado, mas também à prática domiciliar nos demais dias dos exercícios indicados. Acredita-se também que corroborou para o alto nível de adesão e melhora observados o fato de que, a cada sessão, o desempenho das atividades orientadas para execução em domicílio era avaliado e estas eram revistas quanto ao tipo, frequência e intensidade, conforme a

evolução de cada usuário. A responsabilidade dos usuários quanto à realização das orientações ficou evidente, refletindo uma chance 8,3 vezes maior de ter alta do que aqueles que não as realizaram.

Quando pensamos no processo de promoção da saúde e consideramos a autonomia dos indivíduos, permitimos a eles que sejam protagonistas dos coletivos dos quais participam e, consequentemente, corresponsáveis pela produção da saúde para si e para o contexto em que vivem⁽³⁵⁾. Dessa forma, usuários e fisioterapeutas residentes tornaram-se corresponsáveis na produção da saúde, atuando os primeiros como protagonistas nesse processo, apoderando-se do conhecimento necessário sobre sua saúde e obtendo a melhora da sua disfunção.

As UBS, principalmente as com ESF, são consideradas portas de entrada para a assistência à saúde da população. A representação do acesso na APS não é mais estritamente geográfica, ela está também relacionada ao vínculo entre os profissionais e a comunidade⁽³⁶⁾. Entretanto, ainda existem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como a demora no agendamento de consultas na atenção secundária, na qual se encontra a fisioterapia, conforme apontado por estudo recente⁽³⁷⁾. Esse estudo aponta ainda outros empecilhos, como: o deslocamento de usuários analfabetos; o desconhecimento de como chegar ao local referenciado; a linguagem técnica utilizada pelos profissionais; a condição financeira para o transporte; e a dificuldade de saírem por muito tempo de suas casas e deixarem pessoas dependentes de seus cuidados⁽³⁷⁾. Além dessas questões, parece que é pequeno o conhecimento dos profissionais da APS quanto à segurança, eficácia e resolubilidade dos tratamentos não farmacológicos⁽³⁸⁾, o que dificulta ainda mais o acesso a eles.

Além da possibilidade de ser utilizada de forma preventiva, a fisioterapia pode ser uma alternativa que oportuniza aos usuários das unidades da APS o controle da dor e de outros sintomas, bem como a redução da quantidade de medicamentos administrados⁽³⁸⁾, podendo levar à redução dos gastos públicos e individuais com medicamentos⁽²⁰⁾. Como visto no presente estudo, poucos usuários desistiram do tratamento fisioterapêutico e, com menos de oito sessões semanais de atendimento, tiveram reduzidos o uso e a quantidade de medicamentos, bem como a dor, a dispnéia e a incontinência urinária. Esses achados enfatizam a importância da presença do profissional de fisioterapia na APS para que possa facilitar o acesso dos usuários a essa alternativa terapêutica, a qual traz, em si, a possibilidade de reduzir gastos públicos, promover a melhora da qualidade de vida e da saúde da população.

Contudo, deve-se pensar no fortalecimento das mudanças na formação profissional dos fisioterapeutas para a inserção destes na APS, pois esta, muitas vezes, carece

de conhecimentos voltados para os princípios e ações possíveis nesse nível de atenção⁽¹⁸⁾. Essa reflexão também deve ser ponderada para o incentivo a programas voltados ao aprimoramento da formação do profissional, como a própria Residência em Saúde da Família.

A necessidade de mudança na formação profissional do fisioterapeuta, majoritariamente direcionada para o modelo biomédico e hospitalocêntrico⁽¹⁴⁾, fica ainda mais visível quando se observa os resultados do presente estudo, no qual os atendimentos foram desenvolvidos com poucos recursos físicos e materiais, e, ainda assim, foram bem sucedidos. Se para tal, não demandaram grande número de sessões ou tecnologia dura, pode-se presumir que a diferença consiste na forma de abordagem, tratamento e relação com o usuário e com a produção de saúde das fisioterapeutas residentes. Ao não se preocuparem especificamente só com a doença, direcionando o seu olhar e conhecimento de forma transcendente ao diagnóstico médico⁽²⁶⁾, as fisioterapeutas priorizaram a saúde geral dos usuários e a criação de um vínculo, que se refletiu na grande adesão às orientações dadas.

Esse olhar diferenciado deve-se ao trabalho interdisciplinar desenvolvido durante o PREMUS 2009/PUCRS com os demais profissionais, tanto os residentes e tutores quanto os membros das equipes onde estavam inseridas. A maioria das atividades que compuseram o processo de trabalho das fisioterapeutas residentes foi de caráter interdisciplinar, pois nelas foram exercidas ações de interação e integração mútua de conhecimentos que aconteciam por meio da comunicação, da troca de saberes e de ideias com os demais profissionais das distintas áreas de atuação⁽³⁹⁾, sem que fosse necessária a presença mútua no momento da intervenção.

O conhecimento ampliado, diverso e conjugado sobre a saúde permitiu às fisioterapeutas residentes destinar sua atenção aos usuários no que se refere ao acolhimento, vínculo e à evolução deles, com um plano de educação para sua saúde a partir das orientações gerais e específicas transmitidas e da compreensão deles quanto ao autocuidado.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados deste estudo, conclui-se que a introdução de atendimentos fisioterapêuticos individuais, desenvolvidos semanalmente em Unidades de Saúde da atenção primária e acompanhados de orientações, foi bem sucedida para essa maioria de trabalhadoras domésticas com alterações osteomusculares. Ela resultou na redução de sintomas, do uso e da quantidade de medicamentos utilizados, o que pode levar à diminuição de custos públicos e individuais. Os atendimentos foram mais resolutivos para os usuários que seguiram as orientações dadas pelas

fisioterapeutas residentes, reforçando a importância de se educar em saúde através do estímulo ao autocuidado e da responsabilização pela produção da saúde.

Portanto, considera-se importante a inserção da fisioterapia na APS, pois a inclusão desses profissionais nesse nível de atenção possibilitou a melhora da saúde e a redução de custos, além de proporcionar um maior vínculo com a comunidade, facilitar a promoção da saúde e, provavelmente, afetar positivamente a qualidade de vida dos usuários.

AGRADECIMENTOS

Aos usuários, aos colegas residentes e tutores do PREMUS 2009/PUCRS, às cinco equipes das Unidades de Atenção Primária à Saúde do Distrito Leste/Nordeste de Porto Alegre/RS e aos profissionais da gerência desse Distrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080 de 1990. Publ. L. No 1-5, 176 (Set.19.1990).
2. Associação Paulista Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu; 2001.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saude Publica. 1997; 13(3):469-78.
5. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter Mov. 2010; 23(2):323-30.
6. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Cien Saude Colet. 2003; 8(2):569-84.
7. Castro SS, Cipriano Junior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. Fisioter Mov. 2006; 19(4):55-62.
8. Ronzani TM, Stralen, CJ. Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. Ate Primaria Saude. 2003; 6(2): 99-107.
9. Ferreira SR, Olschowsky A. Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. Rev Gaucha Enferm. 2009; 30(1):106-12.

10. Ministério da Saúde (BR). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Brasil. Decreto Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969. - Diário Oficial da União seção 1; 3658. p. 197.
12. Assis SMB, Peixoto BO. A Visão dos pacientes no atendimento de fisioterapia: dados para traçar um novo perfil profissional. *Fisioter Mov.* 2002; 15(1):61-7.
13. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(1):1627-36.
14. Braga AF, Rosa KOLC, Nogueira RL. Atuação do fisioterapeuta nas equipes de saúde da família. *Investigação.* 2008; 8(1-3):19-24.
15. Torres CKD, Estrela JFM, Ribiro KSQS. Contribuição da educação popular no atendimento fisioterapêutico domiciliar. *Cien Saude Colet.* 2009; 14(5):1877-9.
16. Costa JL, Pinho MA, Filgueiras MC, Oliveira JBB. A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. *Rev Cien Saude.* 2009; 2(1): 2-7.
17. Trelha CS, Silva DW, Lida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). *Espaço Saude.* 2007; 8(2):20-5.
18. Yonamine CY, Trelha CS. O modo de fazer saúde: a fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família em uma unidade básica. *Espaço Saúde.* 2009; 11(1):17-27.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
20. Moraes M, Fiebig EQ, Lauermaann FT, Dode OB, Rovaris R. Estudo de demanda de uma Unidade Básica de Saúde em Pelotas/RS. *Rev Saude UCPEL.* 2007; 1(1):39-44.
21. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1996.
22. Martinez JE, Santos BZC, Fasolin RP, Gianini RJ. Perfil de pacientes com queixa de dor músculo-esquelética em unidade básica em Sorocaba. *Rev Bras Clin Med.* 2008; 6(5):167-71.
23. Cordeiro Q, Khouri MI, Ota D, Ciampi D, Corbett CE. Lombalgia e cefaléia como aspectos importantes da dor crônica na Atenção Primária à Saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. *Acta Fisiatr.* 2008; 15(2):101-5.
24. Dardenne C. Um olhar crítico sobre as recomendações para a prática de atividade física [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
25. Roux CH, Guillemin F, Boini S, Longuetaud F, Arnault N, Hercberg S, Briançon S. Impact of musculoskeletal disorders on quality of life: an inception cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2005; 64: 606-11.
26. Renosto A, Trindade JLA. A utilização de informantes-chave da comunidade na identificação de pessoas portadoras de alterações cinético-funcionais da cidade de Caxias do Sul, RS. *Cien Saude Colet.* 2007; 12(3):709-16.
27. Carias CM, Vieira FS, Giordano CV, Zucchi P. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2011; 45(2):233-40.
28. Briganó JU, Macedo, CSG. Análise da mobilidade lombar e influência da terapia manual e cinesioterapia na lombalgia. *Semina Cienc Biol Saude.* 2005 Dez; 26(2): 75-82.
29. Teixeira A, Guimarães CA, Zimer SRA, Oliveira APMV. Tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária de esforço em mulheres de 35 a 55 anos. *Rev Unic Biol Saude.* 2005; 1(3):12-6.
30. Marques KSF, Freitas PAC. A cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na Unidade Básica de Saúde. *Fisiot Movim.* 2005; 18(4):63-7.
31. Knorst, MR. A influência da intervenção fisioterapêutica sobre a qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária [tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
32. Barbosa SS, Oliveira LDR, Lima JLDA, Carvalho GM, Lopes MHB. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. *Mun Saude.* 2009; 33(4):449-56.
33. Penning-van Beest FJA, Sturkenboom MCJM, Bemelmans BLH, Herings RMC. Undertreatment of urinary incontinence in general practice. *Ann Pharmacother.* 2005; 39(1):17-21.
34. Pereira CMA, Vieira EORY, Alcântara PSM. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. *Rev Bras Cancerol.* 2005; 51(2):143-8.

35. Ministério da Saúde (BR). Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
36. Lora AP. Acessibilidade aos serviços de saúde: um estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no município de Pedreira-SP [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
37. Moscon N, Krüger TR. O serviço social na atenção básica e o acesso aos serviços de saúde. R Saude Publ Santa Cat. 2010; 3(2):88-98.
38. Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(1):36-41.

39. Sommerman A. Inter ou transdisciplinaridade?: da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Paulus; 2006.

Endereço primeiro autor

Chandra da Silveira Langoni
Avenida Francisco Trein Filho, 218/204
CEP: 91350-200 - Porto Alegre - RS - Brasil
E-mail: cs.langoni@gmail.com

Endereço para correspondência

Thais de Lima Resende
FAENFI/ PUCRS
Avenida Ipiranga, 6681, prédio 12 - 8º andar
CEP: 90619-900 - Porto Alegre - RS - Brasil
E-mail: thaislr@pucrs.br