



Artigo original

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA COMUNIDADE: RELATO DE CASO DE UMA PACIENTE COM AVE

INTERVENTION PHYSIOTHERAPY IN THE COMMUNITY: REPORT OF CASE OF A PATIENT WITH AVE

Resumo:

^{1,2}Flávia Nogueira e Ferreira;
¹Ícácia Leão; ¹Micheli Bernardone Saquete; ¹Marcos Henrique Fernandes

¹ Departamento de Saúde - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

² Pibiq/CnPQ Jequié, BA

E-mail: flavinha_fisio@hotmail.com

O objetivo deste estudo foi verificar os benefícios da intervenção fisioterapêutica na comunidade em atenção a uma paciente com AVE (acidente Vascular encefálico). Este descreve o caso de uma paciente de 74 anos de idade, sexo feminino, acometida por AVE há oito anos, e que possui o lado direito do corpo comprometido, sendo então submetida a tratamento fisioterapêutico uma vez por semana durante quatro semanas seguidas. A paciente é acompanhada pelo PSF (Programa de Saúde da Família) do bairro Inocoop no município de Jequié, nas áreas de abrangência da Unidade de Saúde Padre Hilário Terrosi. Tal paciente apresentava padrão de sinergismo flexor e desajustes na deambulação. Foi enfatizado no tratamento de tal paciente a cinesioterapia com ênfase na técnica de PNF, além de medidas preventivas para diminuição de complicações da hipertensão, diabetes e quedas. Foi restabelecido o movimento de abdução dos dedos do pé, bem como extensão e flexão dos dedos e tornozelo. Houve melhorias na postura e do auxílio na marcha, onde a mesma obteve mais segurança. A paciente despertou para a consciência corporal do lado hemiplégico. As orientações para melhora de dinâmica circulatória, higiene, postura foram válidas. Conclusão: A presença do fisioterapeuta na comunidade se torna relevante na medida em que contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação obedecendo assim os princípios do atual modelo de saúde e consequentemente promovendo a melhora da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Saúde Pública; Reabilitação; PSF; Hipertensão.

Abstract

The objective was verify the benefits of the physical therapist's intervention in the community in attention to AVE patient. This study describes a 74 year-old patient's case, feminine sex, attacked by AVE eight years ago, and possessed the body's right side committed and was submit to physical therapeutics treatment once a week for four

followed following. The patient is accompanied by PSF (Programa de Saúde da Família) Inocoop neighborhood in the district of Jequié city, in the inclusion's areas of the Unidade de Saúde Padre Hilário Terrosi. She presented sinergismo flexor pattern and disagreements in the deambulação. We emphasized treatment the cinesioterapia with emphasis in PNF's technique, besides measures preventive to decrease complications of the hypertension, diabetes and falls. The movement of abduction foot's fingers was reestablished, as well as extension and deflection of fingers and ankle. In a significant less way, but representing patient's evolution, improvement her posture was gotten and march's aid, obtaining more safety. The patient woke up to corporal conscience to hemiplégico side. The orientations for improvement of circulatory dynamics, hygiene, posture was valid. Conclusion: The physiotherapist's presence in the community becomes important because contribute for the promotion, prevention, recovery and rehabilitation obeying the beginnings of the current health's model and consequently promoting the improvement the life's quality of the population. **Keywords:** Public health; Rehabilitation; PSF; Hypertension

Introdução:

As políticas de saúde no Brasil sofreram modificações essenciais que evoluíram para a consolidação de um modelo de saúde voltado a atender as necessidades da população, em geral. Desempenhou um papel importante na constituição e estabilização da ordem sócio-política brasileira contribuindo para mudar a tendência de concentração de poder e exclusão da população menos privilegiada dos processos de decisão econômica e política¹.

Em consequência da globalização e da instalação de uma economia gerenciada por setores externos, a necessidade de implantação de mecanismos que regulem a economia e a vida política, social e as condições da qualidade de vida da população se tornam fundamentais, sendo que a parcela mais atingida com o novo modelo econômico e as políticas públicas é a população menos privilegiadas, que precisa de políticas assistenciais que visam melhor qualidade de vida².

Desde que a saúde no país foi instituída como um direito de todos e um dever do Estado e operada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que os gestores deste sistema vêm atribuindo ênfase à mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando o nível de atenção básica, essa nova proposta, teve início em 1994, com a operacionalização do PSF, incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)³.

A proposta "Saúde da Família", é uma estratégia político-governamental para a mudança do modelo de atenção à saúde no contexto do SUS⁴.

O PSF enquanto programa de ações primárias e relacionadas a visitas domiciliares é um modelo que continua sendo ajustado aos moldes de promoção da saúde, através do engajamento da intersectorialidade e da

interdisciplinaridade. E no âmbito da saúde tem características para alavancar o SUS a fim de alcançar saúde para todos.⁵

Os objetivos e características do PSF refere-se a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital e voltado para o interesse dos gigantes do sistema. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Há alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde e incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida⁶.

Os profissionais da equipe do PSF, segundo o Ministério da Saúde, precisam ser capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente, que envolva ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde. O PSF como modelo dessa nova realidade desenvolve programas e ações de controle que atendem a toda população. Dentre as ações em saúde desenvolvidas, destacam-se as ações na saúde da criança, na saúde do idoso e na saúde da mulher, assim como o controle do diabetes e da hipertensão⁴.

O controle da hipertensão tem como objetivo reduzir a incidência de complicações, reduzir o número de internamentos e custos hospitalares, através de prevenção e controle da doença, evitando assim conseqüências graves a saúde, como o Acidente vascular cerebral que acomete mais de 150.000 brasileiros por ano. Esse acometimento, conhecido como derrame, resulta numa restrição ao fluxo sanguíneo ao cérebro, causando efeitos diretos como lesão celular e indiretos, como danos às funções neurológicas, que podem se manifestar de diversas formas tanto no campo motor, quanto no sensorial, perceptivo, emocional, na linguagem diminuindo a qualidade de vida do paciente e impondo diversas incapacidades. Podem ser temporários ou permanentes e possui como principal fator de risco a hipertensão e função cardíaca deficiente⁷.

A fisioterapia poderia junto à equipe atuar de forma a - Realizar atendimentos domiciliares em pacientes portadores de enfermidades, aqueles pacientes acamados ou impossibilitados. Desenvolver atividades para que os pacientes consigam realizar as AVD's (Atividades da Vida Diária) de forma independente, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo mais complicações⁸.

O conceito de saúde vem passando por intensas transformações, principalmente no que diz respeito ao modelo de saúde, vem passando de um modelo hospitalocentrico, para um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e principalmente contando com a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais da saúde. Neste sentido, entende-se saúde não como o avesso da doença, mas como a busca do equilíbrio do ser humano. Com a implantação do PSF e visando maior promoção e prevenção da saúde, melhorando assim a qualidade de vida da população, é que se vê a necessidade e importância da inserção do fisioterapeuta na equipe⁹.

A participação da fisioterapia na saúde coletiva constitui-se em uma contribuição imperativa, que pode viabilizar maior resolução junto a outros profissionais e junto às medidas e características desse novo modelo vigente¹⁰.

Como já mencionada anteriormente, a proposta do novo plano de saúde da família PSF como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, funcionando como principal porta de entrada do SUS, cuja finalidade maior é promover saúde em todos os sentidos, não poderia deixar de lado o engajamento de outras profissões além daquelas que fazem parte de sua equipe. O fisioterapeuta pode participar de forma efetiva na equipe, desenvolvendo um trabalho que venha a constituir uma nova forma de organizar os serviços de saúde¹¹.

É de grande importância a incorporação de novos conhecimentos, técnicas, sugestões provenientes de outras profissões do setor de saúde, para que o principal objetivo desse sistema seja alcançado de forma generalizada, enfrentando o complexo quadro mortalidade e morbidade¹².

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi verificar os benefícios da intervenção fisioterapêutica na comunidade em atenção a uma paciente com AVE.

Metodologia

Este estudo descreve o caso de uma paciente de 74 anos de idade, sexo feminino, acometida por AVE há aproximadamente oito anos, acometendo o lado direito do corpo e submetida a tratamento fisioterapêutico. A.S. é portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus, diagnosticados pelo médico da Unidade de Saúde a pelo menos 4 anos e está diariamente sob efeito medicamentoso para diminuir os efeitos dessas patologias. A paciente é acompanhada pelo PSF (Programa de Saúde da Família) do bairro Inocoop no município de Jequié - Bahia, nas áreas de abrangência da Unidade de Saúde Padre Hilário Terrosi.

Esta foi submetida a tratamento fisioterapêutico logo após o acometimento pelo AVE, no entanto, o tratamento foi interrompido pela impossibilidade de deslocamento da paciente ao serviço de fisioterapia, que se encontra a uma longa distância de sua residência. Foi proposto na disciplina fisioterapia comunitária que três alunas prestassem atendimento semanal a esta paciente. Dessa forma, foram realizadas quatro visitas no decorrer da disciplina.

No início do tratamento A.S. apresentou na avaliação inicial padrão de sinergismo flexor: cabeça levemente flexionada para o lado direito, elevação escapular, protusão de ombros, rotação interna e adução do membro superior direito, com leve flexão de cotovelo (que aumentava com a flexão do ombro), flexão de punho e dedos. Seu pé assumia uma posição em flexão plantar. Na deambulação apresentava desajustes posturais, não tendo muito equilíbrio, necessitando de apoio para caminhar. A escápula apresentava-se muito aderida, mais a nível superior que inferior. A musculatura extensora do membro superior se apresentava flácida.

Foram realizadas durante as visitas atendimento fisioterapêutico buscando a funcionalidade da paciente utilizando recursos domésticos como

copos, varas, cordas, toalhas, cadeiras, mesa e todo o espaço físico possível de se explorar em sua residência. Foram realizadas as seguintes condutas: técnica de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (PNF) para membro superior, mobilização articular em nível de escápula, punho e mão, tornozelo, joelho e quadril, treinamento de transferência (deitado para sentado, sentado para em pé e vice-versa), alongamento da musculatura posterior da perna e cadeia ântero-interna do braço utilizando recursos como toalhas e faixas, treinamento de equilíbrio corporal utilizando varas, treinamento do movimento fino das mãos com atividades como levar o copo de água à boca, transferir pequenos objetos de um lugar para outro.

Para que a paciente conseguisse realizar abdução, extensão e flexão dos dedos e tornozelo, foi utilizada a técnica de tape e contração concomitante de ambos os membros (irradiação), visando uma melhor higienização entre os dedos, área muito propensa a feridas, e de difícil cicatrização em portadores de diabetes. Foi realizada também descarga de peso com a paciente em posição ortostática, com os membros superiores apoiados numa mesa, após a imersão da mão em água gelada para diminuir a espasticidade que posicionava o punho e dedos em flexão. Dessa forma, pediu-se que a paciente distribuisse o seu peso entre um membro inferior e o outro. Assim também foi feito com o membro afetado para frente e para trás. Técnicas de drenagem linfática também foram executadas para minimizar o edema e efeitos a ele associados.

Orientações sobre a postura adotada pela paciente também foram dadas no intuito de diminuir e/ou prevenir contraturas e encurtamentos. Orientações sobre posicionamento no leito e elevação do membro inferior edemaciado também eram feitas a cada visita. As barreiras arquitetônicas como moveis em lugares inadequados ou moveis de difícil acesso foram modificados de forma que a paciente pudesse se locomover dentro de sua própria casa sem se preocupar em tropeçar ou não ter acesso a objetos de uso diário.

Em suma foram realizadas atividades que melhora a qualidade de vida da paciente realizadas em seu próprio lar, proporcionando modificações adequadas para melhor locomoção e adaptação ao ambiente em que vive, além de realização de atividades específicas para alcançar a funcionalidade de um indivíduo que não tem acesso ao serviço de fisioterapia.

Após as quatro visitas a paciente foi reavaliada para verificarmos suas evoluções e se as orientações foram seguidas.

Resultados

Após intervenção fisioterapêutica a paciente apresentou evoluções significativas. Verificou-se redução do edema de membros inferiores (terço distal de perna, tornozelo e pé) e melhora da dinâmica circulatória progressiva, observada a cada semana. Houve retorno parcial do movimento de abdução dos dedos do pé, bem como extensão e flexão dos dedos e tornozelo. A paciente também despertou uma atenção maior para o seu hemisfério comprometido.

As posturas sentada, deitada e de pé foram ajustadas de acordo com as limitações físicas e algumas transferências foram aprendidas com sucesso

sendo elas : rolar, passar da posição deitada para sentada, de sentada para de pé e vice-versa.

As AVD's (atividades da vida diária) as quais conseguimos com que a paciente conquistasse maior independência foram: encher o copo com água e tomar, vestir roupa (blusa e saia), pentear o cabelo e escovar os dentes.

De forma menos significativa, mas representando evolução da paciente, conseguimos melhorar a sua postura e auxiliá-la na marcha. Ela aprendeu como deambular dentro de sua própria casa (onde ela pode se apoiar e onde não pode) e adquiriu mais segurança.

Barreiras arquitetônicas foram retiradas ou reorganizadas como móveis, tapetes e iluminação nos cômodos de maior circulação (varanda, sala, cozinha) e no quarto de A.S.

Orientações quanto à higiene, alimentação e cuidados com o pé diabético foram seguidas tanto pela paciente como pelo seu cuidador.

Discussão

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, Art 196 a saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos o acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação¹³. Mediante os resultados da pesquisa, a intervenção fisioterapêutica na comunidade veio obedecer esta Lei. Contribuiu para uma assistência integral e equânime, através de um conjunto de ações que puderam diminuir ou prevenir riscos à saúde promovendo-a, causando repercussões nos repasses orçamentários. Tais ações aplicadas a esta paciente, foram medidas que preveniram: complicações do diabetes, hipertensão arterial, quedas, sobrecargas articulares e trombose.

Destacou-se ainda no campo específico da fisioterapia objetivos como: conscientizar o paciente a família quanto as limitações da deficiência e o compromisso com o tratamento, fazer uso de recursos fisioterapêuticos acessíveis a comunidade, proporcionando maior independência e autonomia ao paciente e prevenir os acidentes ao domicílio e na comunidade em geral.

Além das ações ao nível de atenção básica os dois outros níveis também foram atingidos: o secundário e o terciário, podendo ser observados nos resultados como retorno de algumas AVD's, treino de marcha, melhora da dinâmica circulatória e transferências. O PSF funciona como um eixo de direção da atenção básica, valorizando mais as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos sem desmerecer as ações curativistas e reabilitadoras⁸.

Reafirmando os princípios do SUS, mais especificamente o da universalidade, o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características pessoais ou sociais.

Existem fatores que restringem o direito a saúde, sendo tanto na disponibilidade de serviço quanto na acessibilidade dos mesmos⁸.

Em Jequié, como em milhares de municípios do nosso país, possui assistência fisioterapêutica ambulatorial atendida pelo SUS, porém estas se encontram agrupadas no centro da cidade dificultando o acesso de pessoas que residem na periferia, como é o caso de A.S. Não há transporte público adaptado para PNE (portadores de necessidade especiais) e as tarifas cobradas são incompatíveis com a renda de algumas famílias.

De acordo com a Declaração Alma-Ata (1978) os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham¹⁴. A inserção do fisioterapeuta no PSF seria uma solução para este problema. Segundo dados da SMS (Secretaria Municipal de Saúde) Jequié encontra-se no centro de uma microrregião, na qual pactua serviços de saúde para 17 municípios dentre os quais estão as ações ambulatoriais de fisioterapia.

Outra contribuição que a presença do fisioterapeuta na residência trouxe, foi um conhecimento mais fidedigno do cotidiano familiar (hábitos, disposição e tipo dos móveis, condições de moradia etc...), podendo este, intervir com mais eficácia e especificidade em suas ações, o que não pode ser feito em um atendimento ambulatorial. No que se refere ao processo de trabalho, é de primordial importância que esta equipe conheça a realidade epidemiológica dos familiares pelos quais é responsável a fim de estabelecer as características sociais, políticas, econômicas e emocionais envolvidas no processo saúde/doença como ferramenta essencial para as ações de saúde¹⁵.

Quando a visita foi feita, na casa da paciente, tivemos a oportunidade de verificar se esta morava sozinha ou se tinha companhia, qual a condição dos demais membros da família, suas dificuldades financeiras e até dos vizinhos a quem poderia recorrer. Como a paciente não tinha condições de assumir sozinha o tratamento, foram fornecidas orientações aos familiares e ao cuidador, juntamente com o trabalho de conscientização do processo saúde-doença. Por essa razão trabalhou-se todo este contexto até mesmo a disposição do mobiliário da casa.

Aos poucos o serviço de fisioterapia também foi fazendo parte da rotina da comunidade, a paciente cada vez mais habituada com as intervenções, e os profissionais cada vez mais envolvidos em um processo de promoção da saúde mais humanizado, estreitou-se progressivamente a relação entre fisioterapeuta / comunidade.

Conclusão

O atendimento fisioterapêutico na comunidade, relatado neste estudo, possibilitou a aproximação do fisioterapeuta ao paciente, a sua família, a sua residência e ao contexto a qual ele está inserido.

Percebe-se que apesar de ter sido acompanhado o caso de apenas uma paciente foi observado que a sua realidade reflete a da comunidade, sendo o difícil acesso ao serviço de fisioterapia da cidade oferecido pelo SUS uma delas.

A presença do fisioterapeuta na comunidade se torna relevante na medida em que contribui para a promoção, prevenção, recuperação e

reabilitação obedecendo assim os princípios do atual modelo de saúde e consequentemente promovendo a melhoria da qualidade de vida da população.

Referências Bibliográficas

1. Campos GNS A saúde publica e a defesa da vida. 2 ed. São Paulo- SP: Hucitec; 1999.
2. Ribeiro EM As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). Rev Latino-am enfermagem 2004; 12(4): 658-64.
3. Mendes A Marques RM A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad. Saúde Pública 2002; 18(Suplem): 163-171.
4. Reis LCC, Hortale VA Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. Cad. Saúde Pública 2004; 20(2): 492-501.
5. Carvalho GM. O real e o virtual na saúde publica. COFFITO 2002; 16:11-16.
6. Merhy EE Franco TB Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: Congresso Paulista de Saúde Pública. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000; *Anais*, 145-154.
7. O'Sullivan SB, Schimitz TJ Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. Tradução Fernando Augusto Lopes, Lilia Breternitz Ribeiro. 4. ed. Barueri-SP: Manole; 2004.
8. Pinheiro, Maurício Tavares. O acesso à assistência fisioterapêutica no Sistema Único de Saúde: uma reflexão acerca do princípio da universalidade. [Monografia de Graduação - Curso de graduação em Fisioterapia]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2003.
9. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. Rev. de Saúde Pública 2001;35(3):303-11.
10. Freitas MS. A fisioterapia na atenção primaria à saúde em Juiz de Fora. In Batalha. O fisioterapeuta na saúde da população. Físio Brasil 2002;17-27.
11. Schwingel G. A fisioterapia na saúde pública técnico, político e transformador. In Batalha. O fisioterapeuta na saúde na saúde da população. FísioBrasil 2002; 227-238.
12. Barreto ICHC, Andrade L, Martin JR. A estratégia de saúde da família no Brasil e a superação da medicina familiar. Sanare 2002; 1:82-87.

13. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília – DF.

14. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre atenção primária a saúde. Alma-Ata; 1978.

15. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/01. Brasília – DF; 2001.

Endereço para correspondência

Núcleo de Estudos em Atividade Física & Saúde
R. José Moreira Sobrinho s/nº Jequiezinho
45200-000 Jequié – BA

Recebido em 09/07/2005
Revisado em 20/07/2005
Aprovado em 05/10/2005