

**ACESSO À REABILITAÇÃO NO PÓS-AVC NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA**

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro<sup>a</sup>

Robson da Fonseca Neves<sup>b</sup>

Geraldo Eduardo Guedes Brito<sup>c</sup>

Kelienny de Meneses Sousa<sup>d</sup>

Eleazar Marinho de Freitas Lucena<sup>e</sup>

Hermínio Rafael Lopes Batista<sup>f</sup>

**Resumo**

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, repercutindo na funcionalidade dos sobreviventes. Este estudo objetivou caracterizar o acesso à reabilitação dos usuários acometidos por AVC no município de João Pessoa (PB). Utilizou-se uma metodologia de corte transversal em população composta por indivíduos acometidos por AVC entre 2006 e 2010, cobertos pela Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada junto a 140 usuários mediante aplicação de um instrumento formulado pelos pesquisadores. Os resultados evidenciam que 67,1% fizeram reabilitação pós-AVC, enquanto 32,9% não tiveram acesso a esse procedimento. Dentre os que tiveram acesso, 67,4% iniciaram a reabilitação logo nos primeiros 6 meses após o acometimento, 40% o fizeram por maior tempo no domicílio, 50,5% no centro de reabilitação e 9,5% no hospital. A maioria dos indivíduos teve acesso à reabilitação e predominou o acesso aos centros de reabilitação, porém o atendimento domiciliar permitiu a continuidade do tratamento. Concluiu-se que é necessária a ampliação da rede de serviços de reabilitação no município de João Pessoa que viabilizem a realização de uma assistência mais acessível às pessoas com sequela de AVC, dentro de uma perspectiva de processo de trabalho que atenda às necessidades do usuário e do trabalhador em saúde.

Palavras-Chave: Acidente cerebrovascular. Acesso. Atenção primária à saúde.

<sup>a</sup> Fisioterapeuta. Doutora em Educação. Professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

<sup>b</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Comunitária. Professor da UFPB.

<sup>c</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Família. Professor da UFPB.

<sup>d</sup> Graduanda do curso de Fisioterapia da UFPB.

<sup>e</sup> Fisioterapeuta. Mestrando em Modelos de Decisão e Saúde. UFPB.

<sup>f</sup> Fisioterapeuta. Pesquisador do Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC/UFPB).

**Endereço para correspondência:** Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia, Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC), Campus I, Cidade Universitária, João Pessoa, Paraíba, Brasil. CEP: 58 059-900. [katiagsribeiro@yahoo.com.br](mailto:katiagsribeiro@yahoo.com.br); [lepasc@ccs.ufpb.br](mailto:lepasc@ccs.ufpb.br),

## ACCESS TO REHABILITATION AFTER STROKE IN JOÃO PESSOA, PARAÍBA

### **Abstract**

The Cerebrovascular Accident (CVA) is one of the major causes of morbidity and mortality in the world, reverberating in the functionality of the survivors. This study aimed to characterize the access to rehabilitation of users affected by stroke in the city of Joao Pessoa. A cross-sectional methodology was used in a population of individuals affected by stroke between 2006 and 2010, covered by the Family Health Strategy. The data collection was conducted among 140 users by applying an instrument formulated by the researches. The results showed that 67.1% did the rehabilitation after the stroke, against 32.9% that did not have the access. Among the ones who had access, 67.4%, started the rehabilitation right after the first 6 months after the onset, 40% did it most of the time at home, 50.5% at the rehabilitation center and 9.5% at the hospital. The majority of the individuals had access to rehabilitation most of them performed at the rehabilitation centers, however, the home care allowed the continuity of treatment. It was concluded that it is necessary to expand the network of rehabilitation services in the city of João Pessoa that enables assistance more accessible to people with stroke sequelae, within a perspective of the work that meets the needs of the users and health workers.

Key works: Stroke. Accessibility. Primary health care.

## ACCESO A LA REHABILITACIÓN EN EL POS-ACV EN LA CIUDAD DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA

### **Resumen**

El Accidente Cerebrovascular (ACV) constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, afectando la funcionalidad de los sobrevivientes. El objetivo de este estudio fue caracterizar el acceso a la rehabilitación de los usuarios afectados por el ACV en el municipio de João Pessoa (PB). Fue utilizada una metodología de enfoque transversal, en una población compuesta por personas acometidas por el ACV durante el período de 2006 a 2010, contempladas dentro de la cobertura de la Estrategia de Salud Familiar. La recolecta de datos fue realizada con 140 usuarios mediante la aplicación de un instrumento formulado por los investigadores. Los resultados mostraron que el 67,1% de los individuos hizo la rehabilitación pos ACV, mientras que el 32,9% no tuvieron acceso a ese

procedimiento. Entre los que tuvieron acceso, el 67,4% comenzó la rehabilitación dentro de los primeros seis meses después del evento, el 40% lo hizo en su casa durante más tiempo, el 50,5% lo hizo en el centro de rehabilitación y el 9,5% en el hospital. La mayoría de las personas tuvo acceso a la rehabilitación y prevaleció el acceso a los centros de rehabilitación, sin embargo, la atención domiciliaria permitió la continuidad del tratamiento. Se concluye que es necesario ampliar la red de servicios de rehabilitación en el municipio de João Pessoa, que permitan la realización de un servicio más accesible a las personas con secuelas de ACV, dentro de una perspectiva del proceso de trabajo que satisfaga las necesidades del usuario y del trabajador en salud.

Palabras-Clave: Accidente cerebrovascular. Accesibilidad. Atención primaria en salud.

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 evoca um debate importante e atual para o Sistema Único de Saúde (SUS) que é a saúde como direito da população brasileira e o Estado como responsável por sua promoção. O princípio da universalidade, que caracteriza esse direito, promulga que todos tenham acesso ao serviço de saúde nos vários níveis de complexidade de acordo com suas necessidades.

Nesse sentido, a discussão do acesso deve ser prioritária na agenda dos gestores, serviços de saúde e pesquisadores, principalmente para compreender o nível de assistência prestada à população e servir para a reorganização dos serviços de saúde, visando seu aperfeiçoamento. Todavia, o conceito de acesso aos serviços de saúde é, ainda hoje, alvo de debate e discussão. Seu significado é amplo e representa o grau de adequação entre o usuário e o sistema de saúde (demanda e oferta).<sup>1</sup>

Segundo classificação proposta em dois estudos,<sup>2,3</sup> o acesso foi organizado em três subcategorias que possuem elementos geradores de facilidades ou dificuldades: acesso geográfico, acesso econômico e acesso funcional. O acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos tipos de serviços de que o cidadão necessita, corresponde ao grau de facilidade com que são ofertados os recursos de assistência à saúde. Fatores como custo, localização, forma de organização e demora em obtenção do atendimento são considerados obstáculos à utilização dos serviços e, portanto, constituem uma barreira ao acesso funcional.<sup>1</sup> Para satisfazer as necessidades deste estudo adotou-se o conceito de acesso, que compreende essas três dimensões que dialogam com os instrumentos legais sobre acesso e deficiência no Brasil.

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência apresenta-se como um marco legal importante para dar visibilidade a esta questão, já que pretende garantir para as pessoas com deficiência o direito ao atendimento de saúde e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar.<sup>4</sup> Para discutir este tema, considerou-se como população alvo, neste estudo, as pessoas acometidas pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC).

No Brasil, a partir de meados da década de 1990, o AVC vem sendo caracterizado como principal causa de mortalidade, internações e deficiência, acometendo principalmente a faixa etária acima da quinta década de vida. O termo AVC está ligado ao conjunto de sintomas de deficiência neurológica, decorrente de alterações no suprimento sanguíneo encefálico, podendo causar déficits ao nível das funções sensório-motoras e da linguagem, levando, em muitos casos, a paralisias no hemicorpo contralateral à lesão no cérebro. A extensão desses déficits depende da localização e do tamanho da área atingida no tecido nervoso.<sup>5</sup>

O AVC é classificado de acordo com o mecanismo fisiopatológico, sendo o tipo isquêmico causado por uma oclusão de um vaso sanguíneo, provocando uma restrição no aporte de oxigênio no território circunvizinho à obstrução, e o hemorrágico é caracterizado por uma ruptura vascular. O AVC isquêmico está presente em 85% de todos os casos e tem como sua principal causa as lesões ateroscleróticas.<sup>5</sup>

No Brasil, o AVC apresenta expressiva taxa de letalidade e grande parcela dos sobreviventes permanece com alguma incapacidade física e/ou cognitiva. Para minimizar os danos nessa fatia da população é necessário o acesso imediato e contínuo aos serviços de reabilitação. É importante, também, que este acesso ocorra de forma integrada, permitindo ao usuário a assistência conforme a sua necessidade.<sup>6</sup>

Considerando-se o acesso como um dos elementos importantes na organização dos serviços de saúde com impacto na qualificação da assistência prestada, o presente estudo objetivou caracterizar o acesso à reabilitação dos usuários do SUS acometidos por AVC, nas áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família no município de João Pessoa (PB).

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, envolvendo indivíduos com idade acima de 18 anos e diagnóstico de AVC no município de João Pessoa (PB).

A malha amostral foi montada com base em listas fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 324 sujeitos de ambos os sexos, acometidos por AVE no período entre os anos de 2006 e 2010, que estão vinculados às Unidades de Saúde da Família. O tamanho amostral foi definido pela fórmula:  $n = Z^2 PQ/d^2$ , sendo n=tamanho

amostral mínimo;  $Z$ =variável reduzida;  $P$ =probabilidade de encontrar o fenômeno estudado;  $Q=1-P$ ;  $d$ =precisão desejada. Adotou-se  $p=50\%$ , por se tratar de uma avaliação multidimensional e uma precisão almejada de 10%. Com base nesse critério, a amostra mínima prevista calculada foi de 147 sujeitos. Estimando-se as perdas amostrais em 10%, definiu-se como tamanho amostral de 161 sujeitos. No entanto, foram entrevistados 140 indivíduos, pois constava nas listas uma quantidade significativa de usuários que não se adequavam aos critérios de inclusão – não ter diagnóstico de AVC, apresentar tempo de acometimento superior a cinco anos ou ter ido a óbito –, correspondendo a 18,52% do número total de sujeitos.

A coleta dos dados foi realizada junto aos usuários em suas residências, durante uma visita domiciliar previamente agendada pelos Agentes Comunitários de Saúde, onde os pesquisadores coletaram os dados de forma direta. O instrumento utilizado foi elaborado pelos pesquisadores após revisão sistemática de literatura e possuía 38 questões relativas aos aspectos sociodemográficos: idade, sexo, nível de escolaridade, profissão, renda domiciliar, estado civil, co-habitação; aspectos clínicos – tipo de AVC, dimídio afetado, tempo e quantidade de vezes de acometimento – e aspectos do tratamento, que incluiu o acesso à reabilitação, tempo do início e duração do tratamento, serviço e profissional envolvido na reabilitação, motivo pelo qual não fez o tratamento, existência e origem do encaminhamento.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados no *software EPI INFO*™, versão 3.5.1. Estimou-se a frequência dos dados referentes às características sociodemográficas e clínicas da amostra e do acesso aos serviços de saúde e seus respectivos intervalos de confiança a 95% na população total entrevistada.

O projeto para este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, com protocolo n.º 430/09. Todos os participantes receberam informações referentes à pesquisa e, após aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A **Tabela 1** contém informações sobre caracterização geral da amostra, tanto clínica quanto social. A amostra apresentou-se uniforme com relação ao sexo, sendo composta de 52,1% de indivíduos do sexo feminino e 47,9% do sexo masculino. O grupo etário mais prevalente foi o dos indivíduos acima dos 60 anos. Com relação aos aspectos clínicos do AVC, observou-se a predominância do tipo isquêmico com 40,7%, enquanto apenas 12,9% foi do tipo hemorrágico. Vale salientar que 47,1% dos usuários não souberam

informar o tipo clínico do AVC. O hemisfério mais afetado foi o lado direito, com 45%, contra 41,4 do esquerdo. Quanto ao número de episódios de acometimento, 65,7% dos usuários tiveram apenas um evento e 34,3% foram acometidos 2 ou mais vezes.

**Tabela 1** – Características gerais da amostra – João Pessoa (PB) – 2010

Características	n	%	IC 95%
<b>Sexo</b>			
Feminino	73	52,1	43,5 – 60,7
Masculino	67	47,9	39,3 – 56,5
<b>Faixa etária</b>			
25-44 anos	7	5,0	2,0 – 10,0
45-59 anos	30	21,4	14,9 – 29,2
60 anos e mais	103	73,6	64,7 – 80,0
<b>Tipo de Acidente Vascular Cerebral</b>			
Isquêmico	57	40,7	32,5 – 49,3
Hemorragico	18	12,9	7,8 – 19,6
Não sabiam	65	46,4	38,0 – 55,0
<b>Lado afetado</b>			
Direito	63	45,0	36,6 – 53,6
Esquerdo	58	41,4	33,2 – 50,1
Ambos	6	4,3	1,6 – 9,1
Sem comprometimento motor percebido	13	9,3	5,0 – 15,4
<b>Número de episódios nos últimos 5 anos</b>			
1 vez	92	65,7	57,2 – 73,5
2 ou mais vezes	48	34,3	26,5 – 42,8

Fonte: Elaboração própria.

A **Tabela 2** apresenta informações sobre o acesso aos serviços de reabilitação. Dos usuários entrevistados, 67,1% fizeram reabilitação pós-AVC, contra 32,9% que não tiveram nenhum tipo de reabilitação. Entre os que tiveram acesso, 67,4% deram início à reabilitação logo nos primeiros 6 meses após o acometimento, 6,3% entre 7 a 12 meses, 23,2% iniciaram após 13 meses ou mais e, por fim, 3,2% alegaram não saber o tempo entre o episódio de AVC e o início da reabilitação. No tocante ao local da reabilitação, dentre os que o realizaram, 40% o fizeram por maior tempo no domicílio, 50,5% no centro de reabilitação e 9,5% no hospital.

**Tabela 2** – Características de acesso aos serviços de reabilitação – João Pessoa (PB) – 2010

(continua)

Características	n	%	IC 95%
<b>Teve acesso à reabilitação</b>			
Sim	94	67,1	58,7 – 74,8
Não	46	32,9	25,2 – 41,3

**Tabela 2** – Características de acesso aos serviços de reabilitação – João Pessoa (PB) – 2010

(conclusão)

Características	n	%	IC 95%
<b>Tempo entre o episódio de Acidente Vascular Cerebral e início da reabilitação</b>			
0 a 6 meses	64	67,4	57,0 – 76,6
7 a 12 meses	6	6,3	2,4 – 13,2
13 meses ou mais	22	23,2	15,1 – 32,9
Não sabiam	3	3,2	0,7 – 9,0
<b>Local onde realizou reabilitação</b>			
Domicílio	38	40,0	30,1 – 50,6
Centro de reabilitação	48	50,5	40,1 – 60,9
Hospital	9	9,5	4,4 – 17,2
<b>Profissionais envolvidos na reabilitação</b>			
Fisioterapeuta	93	97,9	92,6 – 99,7
Fonoaudiólogo	25	26,3	17,8 – 36,4
Outros	7	7,4	3,0 – 14,6
Terapeuta Ocupacional	0	0	0,0 – 0,0
<b>Encontrava-se em reabilitação na data da entrevista</b>			
Sim	30	21,4	14,9 – 29,2
Não	69	49,3	40,7 – 57,9
<b>Tempo que realizou reabilitação</b>			
0 a 11 meses	59	42,2	33,9 – 50,8
12 meses ou mais	34	24,3	17,4 – 32,2
Não sabiam	2	1,4	0,2 – 5,1
Sem acesso	46	32,8	24,5 – 40,6

Fonte: Elaboração própria.

Os principais profissionais de reabilitação envolvidos foram os Fisioterapeutas e os Fonoaudiólogos com, respectivamente, 97,9% e 26,3%. Quanto ao período de tempo em tratamento na reabilitação, 42,2% o realizou de 0 a 11 meses e 24,3% de 12 meses ou mais. Observou-se que apenas 21,4% estavam realizando tratamento no período da coleta dos dados.

## DISCUSSÃO

A amostra estudada apresentou um relevante nível de acesso ao serviço de reabilitação, principalmente no que concerne à entrada propriamente dita no serviço, entretanto o mesmo não ocorreu no que se refere à continuidade do tratamento. Constataram-se limitações na abrangência do processo de reabilitação, uma vez que este acesso foi limitado à abordagem do fisioterapeuta cuja atuação tem como foco principal a funcionalidade motora, sem contar com a participação de outros profissionais importantes no processo de reabilitação.

Verificou-se o predomínio dos centros de reabilitação, no entanto o acesso por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), representada pelos atendimentos domiciliares, também foi relevante, particularmente na manutenção do tratamento. O início da reabilitação mostrou-se tardio e a continuidade do tratamento parece insuficiente para a demanda que a cronicidade do AVC requer, considerando-se tanto a necessidade de tratamento imediatamente após o episódio do AVC quanto a continuidade da assistência, a fim de alcançar melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida.

No ano de 2001, a gestão municipal de saúde de João Pessoa realizou levantamento acerca do acesso à reabilitação por parte das pessoas com deficiências de várias ordens e constatou que 20% delas tinham atendimento ligado à reabilitação.<sup>7</sup> Vale salientar que o presente estudo teve como foco uma condição que acarreta deficiência física, não investigando o acesso para pessoas com outros tipos de deficiência, o que dificultou a comparação. No entanto, chama atenção o fato de, no estudo em tela, 67,1% dos usuários terem obtido, no ano de 2010, acesso à reabilitação para o AVC.

O expressivo percentual de acesso à reabilitação verificado pode ter relação com a expansão de cobertura da saúde nos últimos anos por meio da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, em particular na cidade de João Pessoa, que teve suas primeiras equipes implantadas no ano de 2000. Este município alcançou, em 2010, uma cobertura nas unidades de saúde da família de 90%, sendo composta por 180 Equipes de Saúde da Família (ESF),<sup>7</sup> resultando em maior aproximação da comunidade com os serviços de saúde por meio dessas equipes. Vale ressaltar, contudo, que, a despeito dessa ampliação do acesso, ainda há uma expressiva quantidade de pessoas que não acessaram esse serviço, representada por 32,9% da amostra estudada, o que ainda aponta para fragilidades importantes no sistema.

O aumento das ESF pode ter potencializado o processo de identificação e referência dos usuários para serviços especializados de reabilitação, embora o funcionamento desse sistema ainda apresente problemas, pois não garante a continuidade da assistência e revela dificuldades em torno da integração dos níveis de atenção.<sup>8</sup>

No tocante ao tempo compreendido entre a lesão e a admissão no serviço de reabilitação, observou-se no estudo o predomínio do período de até 6 meses para a primeira admissão. Este achado encontra-se em conformidade com estudo<sup>9</sup> que avaliou o perfil de pacientes hemiplégicos, no qual os indivíduos acometidos por AVC, tratados no período de 1995 a 1998 no Lar Escola São Francisco, tiveram acesso predominantemente no período até 6 meses após a lesão. Esse acesso conferiu importantes ganhos na reabilitação, pois possibilitou a prevenção das complicações imediatas do AVC, como contraturas,

pneumonia de aspiração e trombose venosa profunda, os quais podem aumentar a perda da funcionalidade do usuário.<sup>10</sup>

Cabe ressaltar o fato de que apenas 9% dos usuários entrevistados relataram ter recebido assistência fisioterapêutica em nível hospitalar. Não há, no presente estudo, como analisar as causas dessa falta de assistência, no entanto é possível apontar o prejuízo que ela acarreta para o usuário, considerando-se a importância da intervenção o mais precoce possível, visando prevenir as deformidades e complicações do AVC.

O início tardio do processo de reabilitação após o AVC pode estar relacionado às dificuldades encontradas no acesso ao serviço de reabilitação, devido a diversos fatores, tais como a distância da residência ao centro de reabilitação, indisponibilidade de locomoção para o serviço, condições financeiras, dificuldade em marcar as consultas no setor a ser atendido.<sup>11</sup> Esse retardo no início do tratamento pode dificultar ou postergar a reabilitação desses sujeitos e implicar em mais consultas, maior número de sessões e necessidade de hospitalização também maior, o que pode significar um superávit de gastos públicos, além de enormes prejuízos para a vida dessas pessoas.

O período de permanência em tratamento assemelhou-se ao de outro estudo de mesma natureza<sup>9</sup> que apontou para o intervalo de 6 a 12 meses. De acordo com a *National Stroke Association*, 40% dos usuários que sofrem AVC apresentam incapacidades moderadas a graves que necessitam de um atendimento especializado a longo prazo.<sup>12</sup> Essas incapacidades estão relacionadas com a presença de déficits motores, sensoriais, cognitivos e, em muitos casos, com distúrbios emocionais que demandam tempo para otimização da funcionalidade desses indivíduos.

Nota-se que a duração da reabilitação não está claramente definida, contudo há concordância de que deve continuar após a alta hospitalar, sendo realizado em outro ambiente terapêutico.<sup>13</sup> Essa continuidade justifica-se pelo fato de que a plasticidade neuronal perdura por vários anos, o que evidencia não existir um período limite para a finalização do tratamento de pacientes neurológicos em programas de reabilitação. A importância de serem ofertados estímulos adequados e realizar atividades funcionais faz do processo de reabilitação essencial para aperfeiçoar o potencial plástico do Sistema Nervoso (SN), ofertando um melhor prognóstico para o desenvolvimento físico e cognitivo.<sup>14</sup>

A reorganização funcional conseguida pela plasticidade neuronal pode ser perdida, caso os padrões funcionais não sejam devidamente estimulados e trabalhados terapêuticamente ao longo do tempo. Assim, existe um consenso de que o trabalho de reabilitação deve ser contínuo, para que resulte em maiores benefícios para o usuário.<sup>15</sup>

Conforme mencionado, as ações realizadas no domicílio destacaram-se no tocante ao acesso. O ambiente domiciliar é um componente importante para a pessoa em reabilitação, pois a família é um núcleo de forças que pode interferir no processo saúde-doença dos indivíduos, com consequências para o processo de reabilitação global e na sua reintegração social.<sup>16</sup> A atenção à saúde no domicílio passou a ser uma realidade do sistema público de saúde com o advento da Estratégia de Saúde da Família, na qual as equipes multiprofissionais nas unidades de saúde vêm consolidando um novo modelo de assistência que preconiza o atendimento centrado no indivíduo como um ser biológico e social, resgatando o espaço domiciliar como ambiente terapêutico.<sup>17</sup>

O aumento do atendimento domiciliar vem acontecendo pelo SUS, por meio das ESF, com assistência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possui uma equipe de especialistas de diferentes áreas do conhecimento. Dentre as atribuições do NASF, encontra-se a assistência domiciliar com o objetivo de realizar reabilitação e orientações em parceria com a equipe de saúde da família.<sup>18</sup> Em alguns lugares como João Pessoa, porém, o NASF vem funcionando na perspectiva do apoio matricial com dimensão apenas no suporte técnico pedagógico e gerencial das ESF. Essa falta da assistência domiciliar no município tem sido suprida pela inserção dos estágios curriculares das Universidades e Faculdades e dos Projetos de Extensão Universitária na Atenção Primária.<sup>19</sup> Os programas domiciliares que contam com equipes multidisciplinares trazem também vantagens aos familiares, pois favorecem a redução do suporte necessário e preocupação com o familiar doente, além do aumento da liberdade dos cuidadores.<sup>20</sup>

No presente estudo, observou-se, majoritariamente, a presença do fisioterapeuta como profissional envolvido no processo de reabilitação dos usuários sequelados por AVC, sobretudo nos domicílios. A parca participação de outros profissionais envolvidos com a problemática da reabilitação compromete a reabilitação da pessoa com sequela de AVC, pois, enquanto problema de saúde multifacetado, pressupõe uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar.

Analisando a atuação do fisioterapeuta, estudo<sup>21</sup> aponta que, na visão do cuidador, os pacientes que recebiam atendimento fisioterapêutico domiciliar apresentavam condições clínicas mais favoráveis, principalmente em relação à dor e à parestesia. Em outro estudo realizado em Sobral (CE),<sup>22</sup> após a inserção do fisioterapeuta junto às ESF, houve uma melhora de 38% nos usuários da capacidade de realizar movimentos e 26% afirmam melhora no quadro algíco.

Depreende-se, assim, que, para uma melhor intervenção no problema da deficiência desses usuários, é necessária a atuação conjunta de profissionais de diversas áreas

do conhecimento, pois a compreensão integral do ser humano e do processo reabilitatório passa, obrigatoriamente, por um trabalho em equipe, com prática multiprofissional e abordagem interdisciplinar.<sup>23</sup> Estudo<sup>24</sup> envolvendo pacientes com doença de Alzheimer sugere que o trabalho multidisciplinar no tratamento de pacientes neurológicos pode auxiliar na estabilização ou resultar numa leve melhora nos déficits cognitivos e funcionais. Apesar da compreensão da importância da equipe multidisciplinar para o processo de reabilitação, ainda existem barreiras para a ampliação dessa equipe. Pesquisa que avalia os limites e as possibilidades de atuação do trabalho em equipe de saúde<sup>25</sup> aponta como dificuldades a intensa divisão social e técnica do trabalho, a hierarquização dos ditos saberes nucleares em relação aos saberes periféricos, a sobreposição de papéis, a falta de autonomia e a falta de responsabilização coletiva. Assim, investigar o impacto da assistência multiprofissional no AVC no âmbito da APS é um desafio que se ergue para a Saúde Pública no Brasil.

### **CONCLUSÃO**

Os resultados do presente estudo permitem concluir-se que é necessária a reorganização e ampliação da rede de serviços de reabilitação no município de João Pessoa (PB). Mesmo havendo predominância dos fisioterapeutas na reabilitação dos usuários com AVC neste estudo, verifica-se que a quantidade desses profissionais envolvidos no atendimento domiciliar ainda é insuficiente em face da demanda. Faz-se necessária, assim, a ampliação do número de profissionais e ações programadas que viabilizem a realização de uma assistência mais acessível às pessoas com sequela de AVC, dentro de uma perspectiva de processo de trabalho que atenda às necessidades do usuário e do trabalhador em saúde.

Os resultados evidenciam também a APS como uma articuladora importante no processo de reabilitação. O atendimento domiciliar vem tendo ênfase e ganhando novas formas de abrangência na assistência juntamente com a assistência das ESF. Neste estudo, observou-se sua importância pela proximidade da família no processo de reabilitação. Além disso, o tratamento sendo efetivado próximo do domicílio minimiza a dificuldade que os usuários encontram no que tange aos fatores de ordem socioeconômica relativos ao deslocamento para serviços de atenção secundária e, com isso, conseguem ter assegurada a continuidade do processo de reabilitação, o que representa ganho funcional.

Limitações encontradas neste estudo, principalmente quanto à coleta de dados, relacionam-se à dificuldade de encontrar os usuários nos endereços fornecidos pelos Distritos Sanitários. Isto se deu em decorrência da desatualização das listas e do não atendimento aos critérios de inclusão da pesquisa, de modo que muitos já haviam falecido ou

foram acometidos pelo AVC há mais de 5 anos. Ademais, destaca-se a escassa produção de trabalhos relacionados ao tema do acesso à reabilitação de pessoas com deficiência no Brasil, o que remete à necessidade de investir mais neste campo do conhecimento.

Considerando que o estudo partiu da realidade da rede assistencial de João Pessoa (PB) e que a atenção primária destacou-se na questão do acesso, sugere-se uma ampliação no número de equipes NASF vinculadas aos Distritos Sanitários para ampliar essa assistência. Este trabalho não pretende esgotar o tema, mas dar visibilidade ao problema e suscitar questionamentos que possam gerar novos olhares sobre o acesso aos serviços de reabilitação no SUS.

### **AGRADECIMENTOS**

Ao apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (Fapesq-PB) e do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (CNPq/PIBIC/UFPB).

### **REFERÊNCIAS**

1. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porte Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad saúde pública*. 2003 jan;19(1):27-43.
2. Adami NP. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Rev paul enferm*. 1993;12(2):82-6.
3. Unglert CVS. Territorialização em sistemas a de saúde. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p. 221-35.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília; 2008.
5. Cancela DMG. *O acidente vascular cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação [Trabalho de Conclusão de Curso]*. Porto (PT): Universidade Lusíada do Porto; 2008.
6. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu Desenvolvimento. Lisboa; 2001
7. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Cobertura do PSF na Capital está entre as melhores do NE. João Pessoa; 2010 8 jul. Extraído de [<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/cobertura-do-psf-na-capitalesta-entre-as-melhores-do-ne/>], acesso em [1 de maio de 2012].

8. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema único de saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev esc Enf USP*. 1999 dez;33(4):323-33.
9. Bruno AA, Farias CA, Irya GT, Masiero D. Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco: Centro de Reabilitação. *Rev Acta Fisiátr*. 2000;7(3):92-4.
10. Silva EJA. Reabilitação após o AVC [Dissertação]. Porto (PT): Universidade do Porto; 2010.
11. Brasil. Ministério da Justiça. Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. Brasília; 2004.
12. National Stroke Association. Rehabilitation therapy after stroke. Extraído de [<http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=REHABT>], acesso em [1 de maio de 2012].
13. Silva EJA. Reabilitação após o AVC [Dissertação]. Porto (PT): Universidade do Porto; 2010.
14. Silva RK, Gaetan ESM. A importância da estimulação ambiental e da intervenção fisioterapêutica precoce na habilitação de crianças com paralisia cerebral: uma visão neurofisiológica. *Reabilitar*. 2004;22(6):49-57.
15. Simões CA. Reabilitação de crianças com deficiência motora pelo sistema único de saúde na Bahia: desafios e perspectiva [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Católica de Salvador; 2008.
16. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência domiciliar a saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev neurocienc*. 2001;9(3):111-6.
17. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAP, Ribeiro EEN. Experiência da fisioterapia no núcleo de apoio à saúde da família em Governador Valadares, MG. *Rev fisioter mov*. 2010;23(2):323-30.
18. Colodetti NLM, Padim RSS, Vieira RS, Moraes SB. Fisioterapia na assistência domiciliar. Extraído de [<http://www.fisiobh.com.br/artigos/Fisioterapia%20na%20assistencia%20domiciliar.pdf>], acesso em [1 de maio de 2012].
19. Ribeiro KSQS. A contribuição da extensão comunitária para a formação acadêmica em fisioterapia. *Rev fisioter e pesq*. 2005;12(3):22-9.
20. Carvalhido T, Pontes M. Reabilitação domiciliar em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Rev Fac Ciênc Saúde*. 2009;6:140-150.
21. Felício DNL, Franco ALV, Torquato MEA, Abdon APV. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. *Rev bras prom saúde*. 2005;18(2):64-9.

22. Vêras MMS, Pinto VPT, Oliveira EN, Quinderé PHD. A fisioterapia no programa saúde da família de Sobral - CE. *Fisioter Brasil*. 2005;6(5):345-8.
23. Kato LS, Assis SMB. Fatores que interferem na dinâmica de equipes de reabilitação que atuam em instituições especializadas. *Cad pós-grad dist desenv*. 2004;4(1):55-11.
24. Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA, Avila R, Zukuaskas PR, Bustamante SEZ et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(1):70-9.
25. Pinho MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciênc cognição* 2006;8:68-87.

Recebido em 1.6.2012 e aprovado em 3.12.2012.