



Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil

Cristina Dutra Ribeiro¹ e Maria Cristina Flores Soares¹

Como citar

Ribeiro CD, Soares MCF. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(2):117-23.

RESUMO

Objetivo. Identificar situações com potencialidade para atuação da fisioterapia em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no Sul do Brasil.

Métodos. Neste estudo transversal, foram visitados 629 domicílios e coletadas informações sobre 2 316 pessoas através de um instrumento semiestruturado que investigou a existência de agravos à saúde com potencialidade para atuação da fisioterapia (diabetes, hipertensão arterial, doenças osteomusculares, doenças neurológicas, doenças respiratórias em adultos e crianças). Na presença desses agravos, investigamos se as famílias ou pacientes haviam recebido orientação para melhora da qualidade de vida e qual profissional havia fornecido essas informações. Finalmente, investigamos se os entrevistados conheciam o atendimento fisioterapêutico e a demanda por esse tipo de atendimento ao longo da vida e nos últimos 12 meses.

Resultados. Nas 629 famílias investigadas, foram referidos os seguintes agravos: diabetes (11,9%), hipertensão (46,9%), doenças osteomusculares (36,7%), doenças neurológicas (3,4%), doenças respiratórias em adultos (18,9%) e crianças (15,7%) e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) (3,8%). O recebimento de orientações específicas foi referido por 57,3% dos diabéticos, 64,1% dos hipertensos, 39,8% dos portadores de doenças osteomusculares, 45,5% dos doentes neurológicos, 26,9% dos adultos e 60,6% das crianças com doenças respiratórias e 62,5% das crianças com atraso do DNPM. Em relação ao conhecimento sobre a profissão, 92,4% já tinham ouvido falar em fisioterapia. Desses, 41,0% relataram ter necessitado fisioterapia alguma vez na vida, sendo a maioria (54,4%) para patologias traumato-ortopédicas.

Conclusões. Os resultados respaldam a necessidade de inserção do fisioterapeuta na equipe da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde; equipe de assistência ao paciente; fisioterapia; Brasil.

Desde sua origem, a medicina moderna relaciona a saúde às condições gerais de vida das populações, com o objetivo não somente de diminuir o risco de doenças, mas, também, de aumentar as chances de saúde e de vida (1). Nesse sentido, a promoção da saúde é definida

como a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de saúde e de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo (2).

No Brasil, o Ministério da Saúde regulamentou, em 1994, uma política pública atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), que mudou a forma tradicional de prestação de assistência. A ESF visa a estimular a implantação de um novo modelo de atenção

básica que resolva a maior parte dos problemas de saúde, buscando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito ligado à família, ao domicílio e à comunidade (3). A atenção à saúde na ESF deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, trabalhando de forma intersetorial, para assegurar um atendimento integral, contínuo e de qualidade. A equipe mínima é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfer-

¹ Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande (RS), Brasil. Correspondência: Cristina Dutra Ribeiro, crisdrubeiro@yahoo.com.br

magem, agentes comunitários de saúde (ACS) e odontólogo (4, 5).

Mais recentemente, como forma de responder ao compromisso da integralidade na atenção à saúde e de potencializar as ações da ESF, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A legislação que dá suporte aos NASF prevê a incorporação de três a cinco profissionais da área da saúde em cada equipe da ESF. Esses profissionais, entre eles o fisioterapeuta, são definidos pelo gestor de acordo com as necessidades da população (4) e atuam de forma integrada no equacionamento das demandas individuais e coletivas de atenção à saúde, com foco na recuperação, prevenção e promoção da saúde.

A inserção do fisioterapeuta, seja por meio do NASF ou diretamente na equipe de base da ESF, poderia compensar a limitada oferta de serviços públicos de fisioterapia na região Sul do Brasil. Dessa forma, atenderia a uma parcela majoritária da população menos favorecida, que não tem acesso a serviços de fisioterapia, e contribuiria para conter os casos que exigem atenção em saúde de complexidade (por exemplo, pessoas hipertensas, diabéticas, com doenças neurológicas e respiratórias), dessa forma reduzindo os gastos públicos e colaborando com a mudança no modelo assistencial, evitando o incremento das doenças e limitando os danos e sequelas já instalados (6). Embora já sejam conhecidos os benefícios da atuação da fisioterapia em diversas situações, ainda faltam estudos de base populacional para dimensionar essa demanda reprimida na comunidade (7, 8).

Assim, este artigo tem como objetivo identificar situações com potencialidade para a atuação da fisioterapia na comunidade, mostrando as necessidades desse atendimento em áreas de abrangência da ESF.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo quantitativo, com delineamento transversal, foi realizado em Rio Grande, um município portuário do extremo Sul do Brasil, com população de 196 337 habitantes (9) e cobertura da ESF de 33%, conforme a Secretaria Municipal de Saúde. Compunham a população do estudo os moradores das regiões de abrangência de 11 Unidades Básicas da Saúde da Família (UBSF) da zona urbana, onde atuam 15 equipes da ESF.

Para o cálculo da amostra, foi considerada uma prevalência de contato da população com a fisioterapia de 5% (10), precisão de 1%, intervalo de confiança de 95% (IC95%), sendo acrescidos 10% para perdas. Para assegurar a representatividade da amostra, foram sorteados, aleatoriamente, uma média de oito domicílios de responsabilidade de cada um dos 75 ACS em atividade, sendo que cada agente é responsável por uma microrregião.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2009 e abril de 2010, utilizando um instrumento semiestruturado, aplicado por 30 estudantes de um curso de graduação em fisioterapia, previamente treinados. Foram visitados 629 domicílios e coletadas informações sobre 2 316 pessoas, o que representa 6,11% da população coberta pela ESF no município.

O instrumento investigou as condições socioeconômicas e demográficas e a existência de agravos à saúde com potencialidade para atuação da fisioterapia. Nesta questão eram identificados os casos de diabetes, hipertensão arterial, doenças osteomusculares (artrites, artroses, bursites e tendinites), doenças neurológicas (acidente vascular encefálico, traumatismo crânio-encefálico ou que leve a limitação/incapacidade física) acompanhadas de dificuldade de locomoção (uso de muletas, cadeira de rodas) ou de dificuldades na realização das atividades da vida diária (AVDs), doenças respiratórias em adultos e crianças (enfisema, asma ou bronquite) e atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor (crianças com dificuldade em caminhar, falar e/ou interagir com o meio).

Quando pelo menos um desses agravos era identificado, perguntava-se se a pessoa em questão ou o seu responsável havia recebido orientação específica para melhora da qualidade de vida em relação a cada uma das seguintes condições: diabetes (prática de atividade física e autocuidado), hipertensão (prática de atividade física), doenças osteomusculares (cuidado com a postura, alongamentos, fortalecimento muscular e analgesia), doenças neurológicas (melhora da marcha e prevenção de deformidades), agravos respiratórios (exercícios para a função respiratória e higiene brônquica) e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (orientação para estimulação do desenvolvimento). Investigava-se quem fornecia essas orientações (profissionais

da UBSF, profissionais de outras instituições, fisioterapeutas de outras instituições, familiares, outros meios de informação) e qual a opinião do entrevistado sobre o recebimento dessas orientações. Das pessoas que referiram ter familiar com doenças neurológicas, foi questionado se o cuidador desse sujeito recebia alguma orientação quanto ao cuidado com a própria postura e a realização de alongamentos para manutenção da sua saúde.

Verificou-se o conhecimento sobre a existência da fisioterapia e a demanda desse tipo de atendimento por parte do entrevistado ao longo da vida e nos últimos 12 meses, identificando-se o agravo que gerou essa necessidade. Ao final, foi perguntado se o entrevistado tinha algum familiar que necessitava de assistência fisioterapêutica no momento da pesquisa.

Para a análise estatística, foi utilizado o *software* Stata versão 10, sendo realizada uma análise descritiva com distribuição das frequências das diferentes variáveis analisadas. Foram respeitados os preceitos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos (11). Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FURG 103/2009).

RESULTADOS

Na tabela 1, visualizam-se as condições socioeconômicas e demográficas das famílias. A tabela 2 apresenta os agravos com potencialidade para atuação da fisioterapia na comunidade, recebimento de orientações específicas, origem das orientações e opinião dos entrevistados sobre essas orientações.

Sobre o conhecimento da fisioterapia, constatou-se que 577 (91,7%) entrevistados haviam ouvido falar na profissão. Desses, 234 (40,5%) relataram ter necessitado fazer fisioterapia alguma vez na vida; 62 (10,7%) necessitaram desse atendimento nos últimos 12 meses (tabela 3).

Dentre os agravos, as patologias traumato-ortopédicas foram as mais referidas, tanto ao longo da vida como nos últimos 12 meses. Em ambas as questões, os entrevistados na faixa etária de 20 a 59 anos foram os que mais referiram necessitar de fisioterapia, destacando-se novamente as patologias traumato-ortopédicas. Ainda, 216 (37,2%) entre-

TABELA 1. Características socioeconômicas, demográficas e de moradia de 629 famílias com potencialidade para receber serviços de fisioterapia da cidade do Rio Grande (RS), Brasil, 2010

Variável	No.	%
Sexo do entrevistado		
Feminino	480	76,3
Masculino	149	23,7
Escolaridade do entrevistado (anos de estudo)		
0 a 3	143	22,7
4 a 8	327	52,0
9 a 20	146	23,2
Não informado	13	2,1
Trabalha fora		
Sim	166	26,4
Não	461	73,3
Não informado	2	0,3
Vive com companheiro		
Sim	429	68,2
Não	200	31,8
Escolaridade do companheiro (anos de estudo)		
0 a 3	80	18,6
4 a 8	228	53,1
9 a 20	97	22,6
Não informado	24	5,6
Renda familiar mensal (salários mínimos) ^a		
≤ 0,01 a 1	238	37,8
1,01 a 2	227	36,1
> 2	135	21,5
Não informado	29	4,6
Idade de todos os moradores da casa (anos)		
< 1	41	1,8
1 a 04	144	6,2
5 a 9	213	9,2
10 a 19	482	20,8
20 a 59	1 196	51,6
≥ 60	240	10,4

^a Salário mínimo de referência nacional vigente no período da coleta dos dados: R\$ 510,00.

DISCUSSÃO

A identificação das necessidades de atendimento fisioterapêutico entre as pessoas da comunidade é uma estratégia importante para sensibilizar os gestores em saúde sobre a urgência de incluir esse profissional na equipe de saúde da atenção básica. No presente estudo, identificou-se que, das 2 316 pessoas entrevistadas, 37,2% afirmaram ter um familiar que necessitava, mas não recebia, atendimento fisioterapêutico no momento do estudo.

A literatura enfatiza que adultos mais jovens e com menor escolaridade procuram menos os serviços de saúde. Dessa forma, submetem-se com menor frequência a exames preventivos, apresentando piores indicadores de saúde (12). Esse perfil de saúde mais vulnerável geralmente inclui uma parcela significativa de desempregados, o que repercute diretamente na renda familiar (13). Ao mesmo tempo, os baixos níveis de renda estão associados a piores condições de saúde; pessoas mais pobres frequentemente vivem em ambientes mais desfavoráveis e apresentam uma condição nutricional inadequada, tornando-se mais sujeitas a doenças (14).

No presente estudo, a prevalência de diabetes e de hipertensão foram maiores do que a média para a população brasileira. Estima-se que, no Brasil, a prevalência de diabetes fique entre 6 e 8% na população de 30 a 69 anos (15, 16), e a da hipertensão, em 23,3% (17). No caso do diabetes, a fisioterapia tem muito a

vistados afirmaram que algum de seus familiares precisava de atendimento fisioterapêutico no momento da pesquisa. Cabe ressaltar que, em todas as

situações investigadas, mais de 95% dos entrevistados consideraram importantes as orientações recebidas dos profissionais.

TABELA 2. Agravos à saúde identificados nas 629 famílias com potencialidade para receber serviços de fisioterapia, cidade do Rio Grande (RS), Brasil, 2010

	Diabetes		Hipertensão arterial		Doença osteomuscular		Doença neurológica com limitação funcional		Doenças respiratórias em adultos		Doenças respiratórias em crianças		Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Prevalência	75	11,9	295	46,9	231	36,7	22	3,4	119	18,9	99	15,7	24	3,8
Orientação específica	43	57,3	189	64,1	92	39,8	10	45,5	32	26,9	60	60,6	15	62,5
Origem da orientação														
Profissionais da UBSF ^a	41	95,4	172	91,0	65	70,6	8	80,0	27	84,5	46	76,7	5	33,3
Profissionais de outras instituições	2	4,6	14	7,4	24	26,1	—	—	3	9,4	12	20,0	7	46,6
Fisioterapeutas de outras instituições	—	—	—	—	3	3,3	2	20,0	0,1	3,1	—	—	—	—
Famíliares	—	—	1	0,5	—	—	—	—	0,1	3,1	1	1,7	—	—
Outros meios de informação	—	—	1	0,5	—	—	—	—	—	—	1	1,7	3	20,0
Não informado	—	—	1	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Orientações consideradas importantes	74	98,7	288	97,6	227	98,3	22	100,0	114	95,8	97	98,0	24	100,0

^a Unidade Básica de Saúde da Família.

TABELA 3. Necessidade de fisioterapia conforme a idade em 629 famílias da cidade do Rio Grande (RS), Brasil, 2010

Patologias	Necessitou alguma vez na vida (n = 234)				Necessitou no último ano (n = 62)			
	≤ 19 anos No. (%)	20 a 59 anos No. (%)	≥ 60 anos No. (%)	Total No. (%)	≤ 19 anos No. (%)	20 a 59 anos No. (%)	≥ 60 anos No. (%)	Total No. (%)
Traumato-ortopédicas	6 (3,5)	127 (74,3)	38 (22,2)	171 (73,1) ^a	3 (6,2)	39 (81,2)	6 (12,5)	48 (77,4) ^a
Reumáticas	—	9 (90,0)	1 (10,0)	10 (4,3) ^a	—	3 (100,0)	—	3 (4,8) ^a
Neurológicas	—	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (3,8) ^a	—	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (6,4) ^a
Aparelho respiratório	—	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (1,3) ^a	—	—	—	—
Condições diversas	4 (9,7)	28 (68,3)	9 (22,0)	41 (17,5) ^a	1 (14,0)	6 (86,0)	—	7 (11,3) ^a
Total				234 (40,5) ^b				62 (9,8) ^b

^a Porcentagem calculada entre os entrevistados que necessitaram de assistência fisioterapêutica durante a vida (No. = 234) ou no último ano (No. = 62).

^b Porcentagem calculada entre os entrevistados que já tinham ouvido falar em fisioterapia (No. = 577).

contribuir para a efetivação da atenção à saúde integral no que se refere à promoção da saúde, à prevenção das complicações e à assistência às pessoas em quem essas complicações já estão instaladas. A avaliação de um programa de educação terapêutica voltado para essa patologia mostrou a contribuição da atuação do fisioterapeuta nesse grupo de pessoas para reduzir as taxas de recorrência e aumentar a duração da sobrevida livre de úlcera neuropática (18).

Da mesma forma, alguns relatos da literatura têm mostrado a participação positiva do fisioterapeuta no âmbito da hipertensão arterial, bem como os efeitos benéficos de programas de atividade física no controle da hipertensão arterial (19, 20). Embora a prescrição de exercícios também seja uma das atribuições do educador físico para o indivíduo saudável, nos casos de alteração dos valores pressóricos há indicação do acompanhamento de um fisioterapeuta (21).

Outra patologia que tem se tornado frequente entre a população são os distúrbios osteomusculares, muitas vezes decorrentes do uso repetitivo ou forçado de grupos musculares, manutenção de posturas estáticas, traumas crônicos e outros fatores que ocorrem de forma isolada ou combinada (22). Os valores encontrados em nosso estudo são inferiores aos verificados em outros trabalhos, o que poderia ser explicado pelo fato de que a maioria desses estudos aborda as doenças osteomusculares em diferentes categorias de trabalhadores, geralmente mais expostos aos fatores desencadeantes desse tipo de distúrbio (22, 23). As doenças osteomusculares talvez estejam entre as patologias onde a atuação da fisioterapia é mais conhecida, através de um trabalho de prevenção, tratamento e reabilitação. Inúmeros estudos têm mostrado diferentes formas de aborda-

gens da fisioterapia frente a esse agravo (23, 24).

Em relação às patologias neurológicas, ainda existem poucos estudos de prevalência. Na amostra estudada, a maior parte dos casos de doença neurológica era decorrente de acidente vascular encefálico. A dificuldade de acesso ao tratamento especializado em serviços públicos e a complexidade desses casos e demais patologias neurológicas exigem o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar (25). A atuação do fisioterapeuta no processo de tratamento e reabilitação possibilita a aquisição de maior grau de independência, contribuindo para a reinserção do paciente na sociedade. Esse tipo de intervenção tem sido relatado de forma positiva em diferentes regiões do país onde o fisioterapeuta profissional participa da ESF (25, 26).

Neste estudo, das pessoas que apresentavam problemas neurológicos e tinham dificuldade de locomoção, apenas 20,0% tinham sido orientadas por um fisioterapeuta. Esses dados mais uma vez mostram a dificuldade de acesso da população ao atendimento especializado de saúde. Ainda no que se refere às famílias que incluem pessoas com problemas neurológicos, é importante enfatizar que a saúde dos cuidadores também merece atenção. Pesquisas mostram que cuidadores mais esclarecidos em relação à doença dos indivíduos de quem cuidam e orientados adequadamente sobre a sua própria saúde relatam maior satisfação com o trabalho de cuidar e menos cansaço no exercício dessa atividade (27–29).

As doenças respiratórias podem ser otimizadas por programas de reabilitação pulmonar (30). Têm sido investigados os efeitos de programas de exercícios domiciliares sobre a saúde de pacientes com doença pulmonar, evidenciando a

melhora da qualidade de vida e da capacidade respiratória dos sujeitos estudados (30, 31). Deve-se também dar atenção às doenças respiratórias que acometem as crianças, pois estão entre as principais causas de morbimortalidade infantil no mundo (31). O cuidado com as crianças e com o ambiente em que elas vivem diminui o risco de internações por causas respiratórias.

Nosso estudo mostrou que nenhuma das pessoas que receberam instruções para melhorar a higiene brônquica foram orientadas por um fisioterapeuta. Sabe-se que a fisioterapia respiratória em pacientes pediátricos ocupa hoje papel relevante, diminuindo a frequência e o risco de complicações pulmonares. Sua principal função é contribuir para a remoção de secreções traqueobrônquicas e a melhora da expansão pulmonar, diminuindo o risco de infecções, buscando o conforto respiratório (32, 33).

Outro aspecto a ser acompanhado é o desenvolvimento neuropsicomotor (34). Das 24 famílias nas quais foram identificadas crianças com essa condição, em nenhum caso as informações e/ou orientação para o desenvolvimento foram fornecidas por um fisioterapeuta. A fisioterapia tem muito a contribuir para essa condição, especialmente com atividades que favorecem o desenvolvimento neuropsicomotor, sobretudo se realizadas precocemente (34, 35). Intervenções precoces e adequadas diminuem os custos do cuidado e possibilitam a sistematização do tratamento. Também diminuem o estresse familiar e da criança e aumentam o potencial de recuperação, melhorando a autoestima e a qualidade de vida (35).

O fisioterapeuta é habilitado para desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, mas, para que isso ocorra, é necessário que o próprio profissional se empenhe para

ocupar o seu espaço na equipe interdisciplinar. Os registros da atuação do fisioterapeuta na América Latina ainda são limitados, destacando-se os estudos realizados no Brasil, Chile, Colômbia, Venezuela e alguns estudos publicados na Argentina. A maioria desses estudos prioriza a atuação da fisioterapia no âmbito da reabilitação baseada na comunidade (36). Apesar de a profissão ter avançado na produção e implementação do conhecimento científico, sua função ainda é pouco divulgada, e a socialização necessária para o reconhecimento público ainda não foi alcançada (37).

A maioria dos entrevistados (92,4%) já tinha ouvido falar em fisioterapia, fato relevante, visto tratar-se de uma profissão relativamente nova, mas não suficientemente divulgada para garantir a qualidade dos conhecimentos construídos a respeito desse tipo de serviço. Um resultado semelhante foi observado em outra pesquisa realizada em Ribeirão Preto (estado de São Paulo), onde 90% dos entrevistados relataram conhecer a profissão (38). Além disso, um estudo realizado com os profissionais de saúde das mesmas equipes de ESF de abrangência do presente trabalho avaliou o nível de conhecimento da fisioterapia por parte desses profissionais e revelou que a maioria dos trabalhadores de saúde investigados tinha conhecimento adequado sobre a atuação do fisioterapeuta (38, 39).

Dados epidemiológicos sobre a utilização da fisioterapia são escassos, tanto no Brasil como em países desenvolvidos. A prevalência de utilização da fisioterapia pelos entrevistados ao longo da vida em nossa amostra foi um pouco superior à verificada em outro estudo (40). Dentre os que haviam utilizado o serviço de fisioterapia nos 12 meses anteriores à pesquisa, a prevalência foi de 4,9%, valor inferior ao descrito na Holanda (23,7%) e em Curaçao (8,8%) (10).

Uma pesquisa realizada no Recife (estado de Pernambuco) constatou que, dentre todos os usuários com necessidade de assistência fisioterapêutica, apenas 7,0% tinham acesso a esse serviço. O autor do estudo afirma que a inserção do fisioterapeuta na ESF poderia reduzir essa dificuldade de acesso (40). Essa hipótese é, de certa forma, corroborada por uma pesquisa realizada em Sobral, também no estado do Ceará, segundo a qual 47,0% dos usuários dos serviços de fisioterapia da ESF nunca tinham sido atendidos por esse profissional antes de sua inserção na equipe de saúde (41).

Quanto aos motivos indicados para a procura da fisioterapia, a maior prevalência de problemas traumatato-ortopédicos é similar ao relatado na literatura brasileira, configurando esses agravos como de grande relevância epidemiológica. Eles tornam o indivíduo vulnerável, gerando afastamento do trabalho e da vida social e, muitas vezes, alterando sua imagem corporal (10).

Em relação à maior necessidade de fisioterapia identificada na faixa etária dos 20 aos 59 anos, pode-se pressupor que adultos, por estarem em idade produtiva, estão mais propensos aos agravos por causas laborais ou externas, violência ou lesões no trânsito e na prática de esportes.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao fato de não termos investigado se houve ou não atendimento das demandas de fisioterapia referidas pelos entrevistados. No entanto, conhecendo-se a realidade local de limitação de oferta dos serviços públicos de fisioterapia, acreditamos que a maioria dessas demandas não será atendida, deixando a população desassistida.

CONCLUSÃO

O resultado do estudo mostra uma lacuna na oferta do serviço de fisioterapia

para a população investigada, atendida pela ESF. A inclusão da fisioterapia poderá contribuir para tornar a política de saúde mais inovadora e inclusiva, permitindo que os municípios, mesmo diante de situações de agravo ou doença, possam manter a sua integridade funcional. A inserção do fisioterapeuta na ESF obedece aos princípios do atual modelo de saúde brasileiro, promovendo a melhoria da qualidade de vida da população e, conseqüentemente, reduzindo a demanda de atendimento em níveis de maior complexidade de atenção à saúde.

A incorporação às equipes de saúde das denominadas “outras categorias profissionais” é importante para o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde, que tem como um de seus objetivos incentivar a análise da situação de saúde em nível local, para que a intervenção sobre problemas e grupos populacionais prioritários aconteça a partir do mapeamento de danos e riscos que afetam a população. Sendo assim, a identificação do uso e das necessidades da população em relação à fisioterapia, além da conformação de subsistemas de informação para fins de avaliação de ações e estratégias na área, deve ser enfatizada para a vigilância em saúde e o planejamento de políticas públicas.

Alguns municípios, como Sobral, no Ceará, e Londrina, no Paraná, já incluíram o fisioterapeuta nas suas equipes de saúde da família. Tais experiências precisam ser observadas e analisadas. Enquanto isso, o profissional de fisioterapia deve reorientar a sua formação para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da população brasileira.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

1. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saude Publica*. 1999;15(4): 701-9.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acessado em agosto de 2014.
3. Da Ros MA. Políticas públicas de saúde no Brasil. Em: Bagrichevski M, Palma A, Estevão A, Da Ros M, eds. Saúde em debate na educação física. Blumenau: Nova Letra; 2006. Pp. 45-66.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154/GM; 2008. Disponível em: [http://bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html) Acessado em agosto de 2014.
5. Tesser CD, Garcia AV, Argenta CE, Vendruscolo C. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. *Rev Saude Publ Santa Catarina*. 2010;3(1):42-56.

6. Castro AP, Neves VR, Aciole GG. Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1995 a 2008. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(5):469-76.
7. Costa JL da, Pinho MA, Filgueiras MC, Oliveira JBB. A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. *Rev Cienc Saude*. 2009;2(1):2-7.
8. Willrich A, Azevedo CCF, Fernandes JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Rev Neurocienc*. 2009;7(1):51-6.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acessado em agosto de 2014.
10. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):662-8.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS 196/96; 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf Acessado em agosto de 2014.
12. Silva CBDCA. Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de Saúde da Família em Rio Grande/RS [dissertação de mestrado]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2008. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/Detalhe_ObraForm.do?select_action=&coobra=121666 Acessado em agosto de 2014.
13. Pimentel PG, Sichieri R, Salles-Costa R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasil. *Rev Bras Est Pop*. 2009;26(2):283-94.
14. Reis M, Crespo A. O impacto da renda domiciliar sobre a saúde infantil no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA; 2009. (Texto para discussão no. 1397). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1397.pdf Acessado em agosto de 2014.
15. Dias JCR, Campos JADB. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002-2007. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(1):239-44.
16. SACA. Prevalence estimates of diabetes mellitus (DM). 2010. Disponível em: <http://www.idf.org/content/saca> Acessado em agosto de 2014.
17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigilância Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
18. Cisneros LL. Avaliação de um programa para prevenção de úlceras neuropáticas em portadores de diabetes. *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(1):31-7.
19. Sampaio RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFGM em uma unidade básica de saúde. *Fisioter Mov*. 2002;15(1):19-23.
20. Gallo DLL. A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária [dissertação de mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2005. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/pos/mestrados/mural/dissertacao/Douglas/douglas_gallo.pdf Acessado em agosto de 2014.
21. Araújo KPS, Toniolli TR, Drumond A. A fisioterapia em pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família no Recanto das Emas - Distrito Federal. *Gest Saude*. 2012;3(2):773-87.
22. Picoloto D, Silveira E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas - RS. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(2):507-16.
23. Siqueira GR, Cahú FGM, Vieira RAG. Ocorrência de lombalgia em fisioterapeutas da cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(3):222-7.
24. Augusto VG, Sampaio RF, Tirado MGA, Mancini MC, Parreira VF. A look into repetitive strain injury/work-related musculoskeletal disorders within physical therapists' clinical context. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(1):49-56.
25. Mazzola D, Polece JC, Schuster RC, Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica na universidade de Passo Fundo. *Rev Bras Promocao Saude*. 2007;20(1):22-7.
26. Benvegnu AB, Gomes LA, Souza CT, Cuadros TBB, Pavão LW, Ávila SN. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Rev Ciencia Saude*. 2008;1(2):71-7.
27. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):37-43.
28. Sousa AG, Zarameli RC, Ferrari RAM, Frigero M. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com seqüelas neurológicas. *ConScientiae Saude*. 2008;7(4):497-502.
29. Mattevi BS, Bredemeier J, Fam C, Fleck MP. Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):188-96.
30. Sarmento GJV. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas. Barueri: Manole; 2010.
31. Chiesa AM, Westphal MF, Akerman M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):55-69.
32. Lima EVNCL, Lima WL, Nobre A, Santos AM, Brito LMO, Costa MRSR. Treinamento muscular inspiratório e exercícios respiratórios em crianças asmáticas. *J Bras Pneumol*. 2008;34(8):552-8.
33. Cavenaghi S, Moura SCG, Silva TH, Venturinelli TD, Marino LHC, Lamari NM. Importância da fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2009;24(3):397-400.
34. Willrich A, Azevedo CCF, Fernandes JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Rev Neurocienc*. 2009;17(1):51-6.
35. Amorim RCA, Laurentino GEC, Barros KMFT, Ferreira ALPR, Moura Filho AG, Raposo MCF. Programa Saúde da Família: proposta para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(6):506-13.
36. Vernaza-Pizón P, Alvarez-Bravo G. Producción científica latinoamericana de fisioterapia/kinesiología. *Aquichán*. 2011;11(1):94-107.
37. Gonçalves RN, Melo JS. Expectativas dos universitários do curso de fisioterapia frente ao primeiro estágio prático e a reflexão da participação docente na preparação para o estágio prático. *Ensaio Ciencia: Ciências Biol Agraria Saude*. 2011;15(1):153-69.
38. Aguiar RG. Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: USP; 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-31102005-172524/pt-br.php> Acessado em agosto de 2014.
39. Baena CP, Soares MCF. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter Mov*. 2012;25(2):419-31.
40. Moretto LC, Longo GZ, Boing AF, Arruda MP. Prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta urbana de Lages, Santa Catarina. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(2):130-5.
41. Pereira FWA. Avaliação do serviço de fisioterapia de média complexidade ambulatorial do SUS no município de Sobral - CE [monografia]. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia; 2004.

Manuscrito recebido em 23 de maio de 2012. Aceito em versão revisada em 5 de junho de 2014.

Opportunities for physical therapy contributions to primary health care in the South of Brazil**ABSTRACT**

Objective. To identify opportunities for physical therapy contributions in an area covered by the Family Health Strategy in the South of Brazil.

Methods. In this cross-sectional study, 629 households were visited and information on 2 316 people was collected using a semi-structured instrument investigating the occurrence of health problems that could benefit from physical therapy (diabetes, hypertension, musculoskeletal diseases, neurological disorders, respiratory diseases in adults and children). When health problems were identified, we investigated whether the families or patients had received guidance to improve quality of life, and which professionals had provided advice. Finally, we investigated whether respondents were familiar with physical therapy and if they had required this type of care in their lifetime or in the past 12 months.

Results. The following health problems were reported by 629 participating families: diabetes (11.9%), hypertension (46.9%), musculoskeletal disorders (36.7%), neurological diseases (3.4%), respiratory diseases in adults (18.9%) and children (15.7%) and developmental delay (3.8%). Specific guidance was provided to 57.3% of people with diabetes, 64.1% of people with hypertension, 39.8% of people with musculoskeletal disorders, 45.5% of neurological patients, 26.9% of adults and 60.6% of children with respiratory diseases and 62.5% of children with developmental delay. Regarding knowledge about the profession, 92.4% of respondents were familiar with physical therapy. Of these, 41% reported having had the need for physical therapy, mostly (54.4%) for trauma/orthopedic disorders.

Conclusions. The present results warrant the inclusion of physical therapists as part of the Family Health Strategy team in Brazil.

Key words Primary health care; patient care team; physical therapy specialty; Brazil.
