

Assistência fisioterapêutica a indivíduos com Acidente Vascular Encefálico residentes na comunidade na atenção básica no Brasil: um estudo transversal

Physical therapy care to community-dwelling individuals with stroke in primary care setting in Brazil: a cross-sectional study

Asistencia de fisioterapia a personas con accidente cerebrovascular que viven en la comunidad en atención primaria en Brasil: un estudio transversal

Jordana de Paula Magalhães¹, Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra², Érika de Freitas Araújo³, Luci Fuscaldí Teixeira-Salmela⁴, Christina Danielli Coelho de Morais Faria⁵

RESUMO | Após a alta hospitalar, recomenda-se que pacientes pós-AVC sejam acompanhados por um fisioterapeuta durante toda a recuperação. Apesar das recomendações clínicas, poucos estudos investigaram os cuidados fisioterapêuticos a indivíduos pós-AVC residindo na comunidade. O estudo objetivou descrever os cuidados fisioterapêuticos prestados a indivíduos que sofreram AVC residentes na comunidade em contexto de atenção primária e identificar as características clínico-funcionais e sociodemográficas que determinam a assistência de fisioterapia. Este é um estudo transversal exploratório. Foram incluídos pacientes pós-AVC, residentes na comunidade e que foram atendidos pela equipe multidisciplinar de quatro unidades de atenção primária à saúde de uma importante metrópole brasileira. Os prontuários foram analisados para identificar os cuidados prestados pelos fisioterapeutas. Os indivíduos que receberam e não receberam cuidados fisioterapêuticos foram comparados ($\alpha=0,05$). Dos 100 indivíduos incluídos, 55% receberam assistência de profissionais da equipe multidisciplinar e 44% foram atendidos por fisioterapeutas. As abordagens

de fisioterapia consistiram principalmente em instruções (89%) e avaliações (75%). Apenas 45% dos indivíduos que receberam cuidados fisioterapêuticos foram acompanhados, e aqueles que receberam esses cuidados apresentaram um número significativamente maior de eventos de AVC e níveis mais altos de incapacidade ($p<0,001$). Observou-se que muitas pessoas com diferentes níveis de incapacidade não receberam assistência fisioterapêutica. Além disso, o acompanhamento e os encaminhamentos não foram frequentes nas práticas fisioterapêuticas. Portanto, os cuidados fisioterapêuticos na atenção primária precisam ser ampliados para garantir que todos os indivíduos com algum nível de incapacidade recebam tratamento. Ademais, é preciso aumentar o número de indivíduos que recebem acompanhamento e incentivar o trabalho multidisciplinar entre fisioterapeutas e outros profissionais da área de saúde.

Descritores | Acidente Vascular Cerebral; Fisioterapia; Saúde pública; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT | After hospital discharge, it is recommended that post-stroke individuals receive follow-up by a physical therapist

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO). Departamento de Fisioterapia. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: jordanamagalhaes.jpm@gmail.com. ORCID-0000-0002-7078-9735

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Departamento de Fisioterapia. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: tamiresmfv@hotmail.com. ORCID-0000-0001-6887-0895

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO). Departamento de Fisioterapia. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: erikafreitas17@gmail.com. ORCID-0000-0002-9781-6422

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO). Departamento de Fisioterapia. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: jhsalmela@hotmail.com. ORCID-0000-0001-8358-8636

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO). Departamento de Fisioterapia. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail:cdcmaf@ufmg.br. ORCID-0000-0001-9784-9729

throughout all the stages of recovery. Despite clinical recommendations, few studies have investigated physical therapy care to community-dwelling individuals with stroke. This study aimed to describe physical therapy care to community-dwelling individuals with stroke in primary care setting and identify clinical-functional and sociodemographic characteristics that determined physical therapy assistance. This is an exploratory cross-sectional study. Community-dwelling individuals with stroke who were assisted by the primary healthcare team of four basic health units from an important Brazilian metropolis were included. Their medical records were analyzed to identify the care provided by physical therapists. Individuals who received and did not receive physical therapy care were compared ($\alpha=0.05$). Out of the 100 included individuals, 55% received assistance from the multidisciplinary primary healthcare team and 44% from physical therapists. Physical therapy approaches consisted mainly of general orientations (89%) and assessments (75%). Only 45% of the individuals who received physical therapy care were followed-up, and those who received this type of care had significantly more stroke events and higher levels of disability ($p<0.001$). It was observed that many individuals with various levels of disabilities have not received physical therapist assistance. Moreover, follow-up care and referrals were not frequent physical therapy approaches. Therefore, physical therapy care in primary care needs to be expanded to ensure that all individuals with some level of disability receive treatment. Moreover, it is necessary to increase the number of individuals receiving follow-up and encourage multidisciplinary work between physical therapists and other primary healthcare professionals.

Keywords | Stroke; Physiotherapy; Public health; Primary health care.

RESUMEN | Después del alta hospitalaria, se recomienda que los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular sean supervisados por un fisioterapeuta durante toda su recuperación.

A pesar de las recomendaciones clínicas, pocos estudios han investigado la atención de fisioterapia para personas que han sufrido un accidente cerebrovascular y viven en la comunidad. El estudio tuvo como objetivo describir la atención fisioterapéutica brindada a personas que sufrieron un accidente cerebrovascular y que viven en la comunidad en un contexto de atención primaria e identificar las características clínico-funcionales y sociodemográficas que determinan la asistencia fisioterapéutica. Se trata de un estudio exploratorio transversal. Se incluyeron pacientes post accidente cerebrovascular que vivían en la comunidad y que fueron atendidos por el equipo multidisciplinario de cuatro unidades de atención primaria de salud en una importante metrópolis brasileña. Se analizaron las historias clínicas para identificar la atención brindada por los fisioterapeutas. Se compararon los individuos que recibieron y no recibieron atención fisioterapéutica ($\alpha=0,05$). De los 100 individuos incluidos, el 55% recibió asistencia de profesionales del equipo multidisciplinar y el 44% fue atendido por fisioterapeutas. Los enfoques de fisioterapia consistieron principalmente en orientación (89%) y evaluaciones (75%). Sólo el 45% de las personas que recibieron atención de fisioterapia fueron seguidas, y aquellos que recibieron esta atención tuvieron un número significativamente mayor de eventos de accidente cerebrovascular y niveles más altos de discapacidad ($p<0,001$). Se observó que muchas personas con diferentes niveles de discapacidad no recibieron atención fisioterapéutica. Además, el seguimiento y las derivaciones no fueron frecuentes en las prácticas de fisioterapia. Por lo tanto, es necesario ampliar la atención de fisioterapia en atención primaria para garantizar que todas las personas con algún nivel de discapacidad reciban tratamiento. Además, es necesario incrementar el número de personas que reciben seguimiento y fomentar el trabajo multidisciplinar entre fisioterapeutas y otros profesionales sanitarios.

Palabras clave | Accidente Cerebrovascular. Fisioterapia. Salud pública. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Após a alta hospitalar, recomenda-se que os indivíduos com acidente vascular cerebral (AVC) sejam acompanhados por profissionais de reabilitação¹. De acordo com as diretrizes clínicas, o acompanhamento de indivíduos com AVC deve ser iniciado durante a hospitalização e continuado até que os objetivos funcionais sejam alcançados^{1,2}. Além disso, recomenda-se que todo indivíduo com AVC seja avaliado ao menos uma vez por ano por um profissional de reabilitação, para adequado acompanhamento e monitoramento³. Embora muitos esforços tenham sido feitos para alcançar

a continuidade do cuidado desses indivíduos durante os primeiros meses após o AVC, os cuidados de longo prazo têm sido negligenciados⁴. Assim, o limitado apoio da equipe de atenção básica e dos serviços de saúde comunitária contribui para a percepção de abandono tanto dos indivíduos quanto dos cuidadores⁴.

O Brasil, um país de renda média, possui um sistema público de saúde chamado Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS caracteriza-se pelo acesso universal e pela integralidade da atenção⁵. Apesar de outros países também possuírem sistemas públicos e universais de saúde, como Inglaterra e França, o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema

de saúde público, universal e gratuito, disponível para toda a população⁶. Além disso, não foram encontradas grandes diferenças nas políticas de saúde e nos planos nacionais de saúde relacionados ao AVC entre o Brasil e outros países de alta renda⁷. Apesar do Brasil se destacar por seu sistema universal de saúde, as ações de atenção primária direcionadas aos indivíduos com AVC residentes na comunidade ainda são pouco conhecidas^{7,8}.

A atenção primária prestada pelo SUS inclui uma equipe multidisciplinar, composta por vários profissionais de saúde, incluindo fisioterapeutas⁹. De acordo com as recomendações clínicas, após o AVC, o fisioterapeuta deve auxiliar o indivíduo na recuperação de suas habilidades perdidas por meio de diferentes tipos de cuidados, como avaliação, orientação e encaminhamento a outros profissionais¹⁻³. Recomenda-se, ainda, que os indivíduos com AVC sejam acompanhados por um fisioterapeuta durante todas as etapas da recuperação¹⁰. Assim, mesmo em estágios crônicos, o fisioterapeuta poderá apoiá-los e orientá-los quanto à prevenção da reincidência do AVC, bem como auxiliá-los durante o processo de adaptação, otimizar suas funções sociais na comunidade, preservar sua aptidão física e monitorar sua qualidade de vida^{10,11}. Além disso, intervenções fisioterapêuticas (IF) devem ser continuadas para aqueles indivíduos que apresentam potencial de melhora funcional e para aqueles que apresentam declínios funcionais nos estágios crônicos pós-AVC¹⁰.

Apesar das recomendações clínicas, poucos estudos investigaram o tipo de atendimento fisioterapêutico prestado a indivíduos com AVC residentes na comunidade no contexto de atenção primária no Brasil¹². Os resultados de um único estudo que abordou essa temática mostraram que 63% dos indivíduos avaliados não recebiam nenhuma IF. Entre os indivíduos que receberam algum atendimento, apenas 37,5% foram acompanhados longitudinalmente¹². No entanto, este resultado deriva de uma única UBS¹². Além disso, não foram investigadas diferenças nas características clínico-funcionais e sociodemográficas entre os indivíduos que receberam IF ou não. Esta investigação poderá contribuir para o conhecimento sobre o tipo de atendimento prestado pelo fisioterapeuta e o direcionamento do cuidado fisioterapêutico a indivíduos com AVC no Brasil. O objetivo deste estudo foi descrever a atenção fisioterapêutica a indivíduos com AVC residentes na comunidade e identificar características clínico-funcionais e sociodemográficas que determinaram o atendimento fisioterapêutico na atenção primária no Brasil.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Este é um estudo transversal exploratório.

População estudada

A população do estudo é composta por indivíduos com AVC residentes na comunidade, usuários de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede básica do SUS na cidade de Belo Horizonte. Essas unidades foram selecionadas por conveniência e cada uma estava localizada em diferentes distritos sanitários da cidade.

Crítérios de inclusão

Durante um ano, este estudo convidou indivíduos residentes na comunidade que foram identificados pelos profissionais da equipe de atenção primária como sendo pacientes com AVC há pelo menos seis meses. Foram incluídos indivíduos cadastrados em serviços de atenção primária, com mais de 20 anos de idade e diagnóstico de AVC, confirmado no prontuário. Após a identificação dos indivíduos elegíveis, aqueles que não estavam disponíveis para entrevistas presenciais ou não concordaram em participar foram excluídos. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Coleta de dados

Inicialmente, os prontuários dos indivíduos foram analisados e os indivíduos elegíveis foram convidados a participar. Após concordarem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, foram entrevistados no domicílio para confirmação da elegibilidade. Em seguida, dados sociodemográficos [sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico (classificados em classe A, B, C D ou E, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasileira, que fornece uma estimativa do poder aquisitivo da população brasileira)]¹³, e dados clínico-funcionais, incluindo lado parético, tipo de AVC, níveis de incapacidade (Escala de Rankin Modificada – ERm)¹⁴, número de AVC, número de doenças associadas e tempo desde o AVC.

As informações sobre os cuidados fisioterapêuticos foram obtidas por meio da análise dos prontuários dos indivíduos. Esse procedimento foi adotado para reduzir o risco de viés de memória¹⁵. Para a coleta de dados, os prontuários dos profissionais foram lidos e analisados

para identificação das palavras-chave associadas a cada um dos cuidados investigados e, em seguida, calculada a frequência de cada categoria de cuidado fisioterapêutico¹². Para descrever o tipo de assistência prestada, foram aplicadas as seguintes classificações:

- Avaliação: descrição de deficiências nas funções corporais, limitações de atividades e/ou restrições na participação social;
- Intervenção: reabilitação adaptada às necessidades e condições físicas dos participantes;
- Orientações gerais: orientação oportuna e estruturada aos participantes, familiares e/ou cuidadores;
- Acompanhamento: avaliações frequentes e sistemáticas das alterações funcionais ao longo do tempo;
- Encaminhamentos para outros profissionais: como terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, etc.
- Encaminhamentos para outros serviços de saúde: como atenção secundária ou terciária.

Todos os dados foram coletados por dois pesquisadores treinados, com experiência em reabilitação de AVC.

Análise dos dados

Estatística descritiva e testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) foram realizados para todas as variáveis. Em seguida, os participantes foram divididos em dois grupos: os que receberam e os que não receberam nenhum atendimento de fisioterapia. Estes grupos foram comparados considerando seus desfechos sociodemográficos e clínico-funcionais, utilizando-se os testes Qui-quadrado, Mann-Whitney e t de Student. Todas as análises estatísticas foram realizadas no pacote estatístico SPSS para Windows (Versão 17.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA) com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Inicialmente, 131 indivíduos foram identificados. Após verificação da elegibilidade, 31 foram excluídos. Assim, foram incluídos 100 indivíduos com AVC crônico residentes na comunidade (Figura 1).

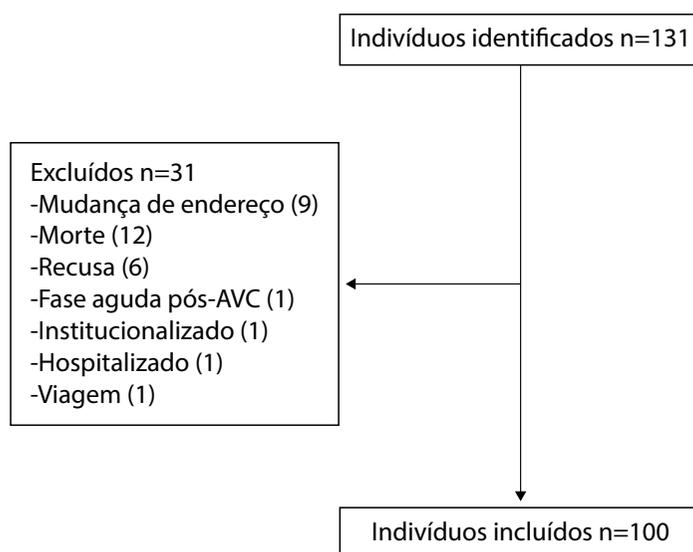


Figura 1. Fluxograma dos participantes

A maioria dos participantes era do sexo feminino. A média de idade foi de 68 ± 14 anos, variando de 21 a 94 anos. Um total de 98 participantes apresentava algum grau de incapacidade e 79 não possuíam plano privado de saúde (Tabela 1).

No total, 55 (55%) dos indivíduos incluídos receberam atendimento da equipe multiprofissional de atenção primária, enquanto 44% receberam cuidados

fisioterapêuticos. As abordagens dos fisioterapeutas consistiram principalmente de orientações gerais (89%) e avaliações (75%), sendo menos frequentes os encaminhamentos para outros profissionais (14%) ou para outros serviços de saúde (18%). Além disso, dos 44 indivíduos que receberam cuidados fisioterapêuticos, apenas 22 (50%) receberam intervenção e 18 (41%) tiveram acompanhamento (Figura 2).

Tabela 1. Características dos participantes (n=100)

Característica	Assistido pela equipe multiprofissional de atenção primária (n=55)	Não assistido pela equipe multiprofissional de atenção primária (n=45)	Total (n=100)
Sexo, mulheres, n (%)	32 (58)	25 (56)	57 (57)
Idade (anos), média±DP (intervalo: min-max)	68±13 (31-94)	65±15 (21-90)	68±14 (21- 94)
Escolaridade n (%)			
Analfabeto	10 (18)	13 (29)	23 (23)
Escolaridade informal	17 (32)	9 (20)	26 (26)
1-4 anos	22 (40)	13 (29)	35 (35)
5-7 anos	3 (5)	3 (7)	6 (6)
≥8 anos	3 (5)	6 (14)	9 (9)
ND	0 (0)	1 (1)	1 (1)
Nível socioeconômico, n (%)*			
Classe A	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Classe B	8 (15)	9 (20)	17 (17)
Classe C	36 (65)	28 (63)	64 (64)
Classe D	10 (18)	6 (13)	16 (16)
Classe E	1 (2)	2 (4)	3 (3)
Plano privado de saúde, Não, n (%)	44 (80)	35 (78)	79 (79)
Lado parético			
Direito	30 (54)	20 (45)	50 (50)
Esquerdo	24 (44)	19 (42)	43 (43)
Ambos	1 (2)	0 (0)	1 (1)
ND	0 (0)	6 (13)	6 (6)
Tipo de AVC, n (%)			
Isquêmico	36 (66)	28 (62)	64(64)
Hemorrágico	8 (14)	8 (18)	16(16)
Tanto isquêmico quanto hemorrágico	0 (0)	1 (2)	1 (1)
ND	11 (20)	8 (18)	19 (19)
Nível de incapacidade, n (%)**			
Sem sintomas	7 (13)	13 (29)	2 (2)
Não significativo	7 (13)	12 (27)	20 (20)
Leve	14 (25)	12 (27)	19 (19)
Moderado	11 (20)	5 (11)	26 (26)
Moderadamente severo	15 (27)	2 (4)	16 (16)
Severo	1 (2)	1 (2)	17 (17)
Número de AVC, n (%)			
1	34 (62)	36 (80)	70 (70)
>1	21 (38)	9 (20)	30 (30)
Número de doenças associadas, n (%)			
0	2 (4)	1 (2)	3 (3)
1-3	19 (34)	18 (40)	37 (37)
>3	34 (62)	26 (58)	60 (60)
Tempo desde o AVC (meses), média±DP (intervalo: min-max)	47±50 (6-300)	78±77 (8-375)	61±66 (6-375)

Nota: DP = Desvio padrão, ND = Não disponível (dados não registrados); *Critérios de Classificação Econômica Brasileira; **Escala de Rankin modificada

A partir da assistência prestada pelos fisioterapeutas, os participantes foram divididos em dois grupos: com (n=44) e sem (n=56) assistência fisioterapêutica.

Número de AVC ($p<0,001$) e nível de incapacidade ($p<0,001$) foram as únicas variáveis que apresentaram diferença significativa entre os grupos (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação dos dados sociodemográficos e clínico-funcionais entre os grupos de participantes que receberam e que não receberam atendimento fisioterapêutico

Característica	Classificação	Recebeu atendimento fisioterapêutico (n=44)	Não recebeu atendimento fisioterapêutico (n=56)	p-valor
Sexo, mulheres n (%)		27 (61)	30 (54)	0,44#
Idade (anos), média±DP (intervalo: min-max)		69±57 (39-94)	65±92 (21-91)	0,38##

(continua)

Tabela 2. Continuação

Característica	Classificação	Recebeu atendimento fisioterapêutico (n=44)	Não recebeu atendimento fisioterapêutico (n=56)	p-valor
Escolaridade [†] , n (%)	Analfabeto	9 (20)	14 (25)	0,33 ^{†††}
	Escolaridade informal	1 (2)	0 (0)	
	1-4 anos	31(71)	29(52)	
	5-7 anos	1 (2)	5(9)	
	≥ 8 anos	2(5)	7 (12)	
Classificação do nível socioeconômico, n (%) ¹	ND	0 (0)	1 (2)	0,80 ^{†††}
	A1	0 (0)	0 (0)	
	B1	8 (18)	9 (16)	
	C1	26 (59)	38 (68)	
	D	9 (21)	7 (12)	
Plano privado de saúde, nenhum, n (%)	E	1 (2)	2 (4)	0,27 [†]
		37 (84)	42 (75)	
Nível de incapacidade, n (%) ²	Alguns	39 (89)	39 (68)	<0,001 ^{††}
	Não significativo	5 (11)	17 (32)	
Número de AVC, n (%)	1	26 (59)	44 (79)	<0,001 ^{††}
	>1	18 (41)	12 (21)	
Número de doenças associadas, n (%)	0	2 (4)	1 (2)	0,32 ^{†††}
	1 a 3	14 (32)	23 (41)	
	>3	28 (64)	32 (57)	
Tempo decorrido desde o AVC (meses), média±DP (intervalo: mín-máx)		47±43 (6-300)	72±18 (7-375)	0,08 ^{††}

Legenda: [†]Dados não registrados pelo fisioterapeuta; n=1 (2%); ¹Com base nos Critérios de Classificação Econômica Brasileira; ²Escala de Rankin Modificada; ^{*}Diferença estatisticamente significante; [†]Teste Qui-quadrado; ^{††}Teste t de Student independente; ^{†††}Teste de Mann-Whitney.

Os participantes que receberam cuidados fisioterapêuticos apresentaram significativamente mais eventos de AVC e níveis mais altos de incapacidade.

Apesar de 98 participantes apresentarem algum grau de incapacidade, a maioria não recebeu assistência dos fisioterapeutas.

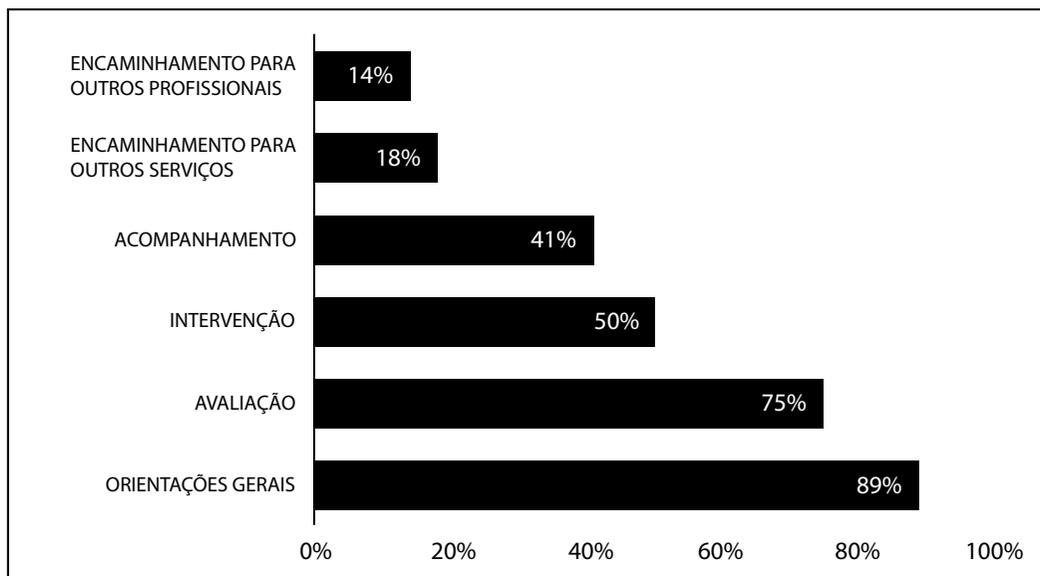


Figura 2. Tipos de assistência prestada por fisioterapeutas a indivíduos com AVC crônico que vivem na comunidade em um cenário de atenção primária à saúde no Brasil

DISCUSSÃO

Este estudo descreveu e analisou o atendimento fisioterapêutico a indivíduos com AVC na comunidade em um cenário de atenção primária de uma importante metrópole brasileira. Apenas 44% dos indivíduos

incluídos possuíam registro de atendimento por fisioterapeutas. As orientações gerais foram a abordagem mais frequente dos fisioterapeutas, seguidas de avaliações e intervenções. Indivíduos que receberam cuidados da equipe de fisioterapeutas apresentaram significativamente mais eventos de AVC e maiores níveis de incapacidade,

mas o acompanhamento não foi frequente. Além disso, a maioria dos participantes que apresentava algum grau de incapacidade não recebeu atendimento fisioterapêutico.

Apesar de 98% dos participantes apresentarem algum grau de incapacidade, 55% não receberam assistência dos fisioterapeutas. Portanto, as recomendações nacionais² e internacionais^{1,3} para o tratamento do AVC não têm sido seguidas. Em relação aos cuidados prestados pelos fisioterapeutas, verificou-se que a intervenção mais frequente foi a orientação geral. Isso corrobora as ações de reabilitação preconizadas pelas diretrizes clínicas, que descrevem que os profissionais devem ser capazes de fornecer informações, prevenir riscos à saúde, proteger vulnerabilidades e promover o autocuidado nos serviços de atenção primária¹⁶. A orientação ao paciente e seus familiares e/ou cuidadores também é relatada como uma ação fundamental na assistência à saúde da população pós-AVC¹⁷. No entanto, para um autocuidado efetivo, principalmente em condições crônicas, como o AVC, é necessário que os indivíduos recebam estratégias de apoio, que devem incluir o estabelecimento de metas e o acompanhamento contínuo por profissionais de saúde, incluindo fisioterapeutas^{18,19}.

Registros de avaliações de fisioterapeutas foram identificados em 33 prontuários (75%). A avaliação é uma etapa essencial e determinante para o diagnóstico e desenvolvimento de protocolos de reabilitação adequados²⁰. Portanto, esperava-se que todos os prontuários tivessem registro da avaliação realizada, o que não foi observado.

O acompanhamento foi observado em apenas 41% da amostra. Após um AVC, os profissionais de saúde devem estabelecer metas em conjunto com o paciente e sua família e essas metas devem ser reavaliadas e acompanhadas regularmente³. No entanto, nossos resultados mostraram que menos da metade dos indivíduos foi acompanhada. Esse resultado é semelhante a estudos anteriores que apontam número insuficiente de fisioterapeutas para atender às altas demandas nos serviços de atenção primária à saúde^{21,22}. A insatisfação de pacientes com AVC de países de renda média com a falta de acompanhamento já foi descrita²³. Indivíduos que são acompanhados regularmente por profissionais de saúde relataram sentimento de acolhimento e apoio, fatores que contribuem para sua adesão ao tratamento²³. Portanto, faz-se necessário aprimorar instrumentos que possibilitem uma melhor organização do acompanhamento longitudinal de pessoas com AVC crônico por fisioterapeutas em serviços de atenção primária à saúde^{24,25}.

Os encaminhamentos para outros serviços de saúde e/ou outros profissionais de saúde foram pouco

frequentes, embora os encaminhamentos para outros níveis de atenção devam ser realizados dependendo da gravidade e complexidade da incapacidade⁹. O baixo número de encaminhamentos encontrado neste estudo sugere que as unidades de saúde ainda podem considerar os níveis de atenção como responsabilidades individuais e fragmentadas, o que impossibilita a comunicação entre os diferentes níveis de atenção e dificulta o acompanhamento contínuo²⁶. A colaboração entre diferentes profissionais de saúde tem demonstrado melhorar o estado funcional dos indivíduos, a adesão dos profissionais às práticas recomendadas pelas diretrizes e o uso de recursos de saúde¹⁸. Portanto, o trabalho colaborativo dentro da equipe multiprofissional de atenção primária deve ser incentivado.

Vale ressaltar que a organização da equipe multidisciplinar segue diferentes formatos. No SUS, a equipe multiprofissional não inclui a presença de médicos e enfermeiros, que fazem parte de uma equipe principal⁹. No entanto, estudos prévios realizados em países de alta renda indicam que a estrutura organizacional dos sistemas de saúde e os papéis assumidos pelos profissionais da equipe têm implicações para a implementação do trabalho colaborativo entre os profissionais²⁷. Portanto, faz-se necessário refletir se a inserção do fisioterapeuta em uma equipe complementar/de apoio seria uma barreira ou um facilitador para a implementação do trabalho cooperativo entre os profissionais da atenção básica. Além disso, diante da alta demanda de atendimento prestado pelo fisioterapeuta, faz-se necessário refletir sobre a equipe na qual esse profissional deve ser incluído, para que seu atendimento possa ser ampliado.

Os participantes que receberam cuidados fisioterapêuticos apresentaram significativamente mais eventos de AVC e níveis mais altos de incapacidade. Uma revisão sistemática anterior relatou que a recorrência do AVC está associada ao aumento da incidência de incapacidade na população pós-AVC²⁸. Portanto, pode-se considerar que esses fatores poderiam direcionar ou priorizar a assistência prestada pelos fisioterapeutas aos indivíduos com AVC. As demais variáveis analisadas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que receberam e não receberam atendimento da equipe de fisioterapia. No entanto, a distribuição dos indivíduos em relação a essas variáveis foi semelhante entre os grupos e deve ser considerada na análise.

Este estudo apresenta limitações. Os dados referentes aos atendimentos prestados pelos fisioterapeutas aos indivíduos com AVC crônico foram coletados de seus prontuários. Apesar de serem documentos oficiais,

é sabido que nem sempre os prontuários detalham a assistência prestada e, muitas vezes, são preenchidos inadequadamente²⁹. Portanto, os resultados devem ser generalizados com cautela. Embora os resultados do estudo forneçam informações iniciais sobre o cuidado fisioterapêutico na atenção primária, mais estudos devem ser realizados para melhorar a compreensão deste tema. Informações sobre as barreiras para a prática profissional do fisioterapeuta no cuidado ao indivíduo com AVC na atenção primária e a percepção dos pacientes sobre as dificuldades de acesso a esses profissionais devem ser fornecidas em estudos futuros. Além disso, estudos semelhantes ao nosso devem ser realizados em outras regiões do Brasil.

CONCLUSÕES

Muitas pessoas com diferentes níveis de incapacidade não receberam assistência do fisioterapeuta. Além disso, o acompanhamento e os encaminhamentos não foram abordagens frequentes da equipe de fisioterapia. Apesar da assistência fisioterapêutica ser determinada pelo número de AVCe pelo nível de incapacidade, muitos indivíduos com níveis variados de incapacidade não receberam assistência. Portanto, o atendimento ao AVC prestado pelos fisioterapeutas da atenção primária parece ser insuficiente. Apesar dos consideráveis avanços no sistema de saúde e nas políticas de saúde para a assistência do AVC no Brasil, ainda é necessário melhorar a assistência prestada aos indivíduos com AVC residentes na comunidade. Essas melhorias devem visar principalmente garantir que todos os indivíduos com algum nível de incapacidade recebam cuidados fisioterapêuticos. Além disso, estratégias para aumentar o número de indivíduos em acompanhamento devem ser estabelecidas. Por último, o trabalho multidisciplinar entre fisioterapeutas e outros profissionais da atenção primária e entre diferentes serviços de saúde deve ser incentivado.

REFERÊNCIAS

- Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, et al. Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part one: rehabilitation and recovery following stroke; 6th Edition Update 2019. *Int J Stroke*. 2020;15(7):763-88. doi: 10.1177/1747493019897843
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brazil; 2013 [cited 2022 jun 27]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf
- Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management. Melbourne; 2022 [cited 2022 jul 07]. Available from: <https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management>
- Hartford W, Lear S, Nimmon L. Stroke survivors' experiences of team support along their recovery continuum. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:723. doi: 10.1186/s12913019-4533-z
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. doi: 10.1016/S01406736(11)60054-8
- Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-56. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-77.
- Nugem R, Bordin R, Pascal C, Schott-Pethelaz AM, Trombert-Paviot B, et al. Stroke care in Brazil and France: national policies and healthcare indicators comparison. *J Multidiscip Healthc*. 2020;13:1403-14. doi: 10.2147/JMDH.S262900
- Moraes BH, Abreu LC, Pinheiro Bezerra IM, Adami F, Takasu JM, et al. Incidence of hospitalization and mortality due to stroke in young adults, residents of developed regions in Brazil, 2008-2018. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242248. doi: 10.1371/journal.pone.0242248
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2008 Mar. 4 [cited 2022 jul 22];1:43. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Veerbeek JM, van Wegen E, Hendriks EJ, Rietberg MB, van der Wees PhJ, et al. Clinical Practice Guideline for Physical Therapy after Stroke. London; 2014 [cited 2022 sep 27]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/282247781>
- Rafferty M, Held Bradford EC, Fritz S, Hutchinson KJ, Miczak K, et al. Health promotion and wellness in neurologic physical therapy: strategies to advance practice. *J Neurol Phys Ther*. 2022;1;46(2):103-17. doi: 10.1097/NPT.0000000000000376
- Faria CDCM, Araújo DC, Carvalho-Pinto BPB. Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke. *Fisioter mov*. 2017;30(3):527-36. doi: 10.1590/19805918.030.003.AO11.
- Kamakura W, Mazzon A. Changes in the application of the Brazil Criterion, valid from 01/06/2019. 2019:1-6. [cited 2022 oct 08]. Available from: https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2019.pdf
- Quinn TJ, Dawson J, Walters MR, Lees KR. Reliability of the modified rankin scale: A systematic review. *Stroke*. 2009;40(10):3393-5. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.557256
- Khare SR, Vedel I. Recall bias and reduction measures: An example in primary health care service utilization. *Fam Pract*. 2019;36(5):672-6. doi: 10.1093/fampra/cmz042
- Ministério da Saúde (BR). Linha cuidado acidente vascular cerebral. Brasília, DF; 2020. [cited 2022 oct 29]. Available

- from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/LC_AVC_no_adulto.pdf
17. Mitchell GK, Brown RM, Erikssen L, Tieman JJ. Multidisciplinary care planning in the primary care management of completed stroke: A systematic review. *BMC Fam Pract.* 2008;9:44. doi: 10.1186/1471-2296-9-44
 18. Arwert HJ, Borcherts JHR, van Vree FM, Vree FM, Groeneveld IF, et al. Recommendations for stroke networks in primary care. *J Phys Med Rehabil Disabil.* 2019;5(2):1-7. doi:10.24966/PMRD-8670/100039
 19. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [cited 2022 dez 05. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
 20. Llano JS, Miranda HCFS, Felipe LA, Andrade LP, Silva TC, et al. Investigation of the evaluation methods used by physical therapists in the specificity of functional neurology. *Fisioter Pesqui.* 2013;20(1):31-6. doi: 10.1590/S1809-29502013000100006
 21. Souza MC, Bonfim AS, Souza JN, Franco TB. Physical therapy and support center for family health: knowledge, tools and challenges. *Mundo Saude.* 2013;37(2):176-84. doi: 10.15343/0104-7809.2013372176184
 22. Geerars M, Wondergem R, Pisters MF. Decision-Making on Referral to Primary Care Physical therapy After Inpatient Stroke Rehabilitation. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2021;30(5):105667. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105667
 23. Pindus DM, Mullis R, Lim L, Wellwood I, Rundell AV, et al. Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services : a systematic review and meta-ethnography. *PLoS One.* 2018;13(2):e0192533. doi: 10.1371/journal.pone.0192533
 24. Mengshoel AM, Bjorbækmo WS, Sallinen M, Wahl AK. 'It takes time, but recovering makes it worthwhile' - A qualitative study of long-term users' experiences of physical therapy in primary health care. *Physiother Theory Pract.* 2021;37(1):6-16. doi: 10.1080/09593985.2019.1616343
 25. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MD. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(6):1869-78. doi: 10.1590/1413-81232015206.13272014
 26. Alves KCG, Guimarães RA, Souza MR, Morais Neto OL. Evaluation of the primary care for chronic diseases in the high coverage context of the family health strategy. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):913. doi: 10.1186/s12913-019-4737-2
 27. Isaacson N, Holtrop JS, Cohen D, Ferrer RL, McKee MD. Examining role change in primary care practice. *J Prim Care Community Health.* 2012;3(3):195-200. doi: 10.1177/2150131911428338
 28. Carmo JF, Morelato RL, Pinto HP, Oliveira ERA. Disability after stroke: a systematic review. *Fisioter Mov.* 2015;28(2):407-18. doi: 10.1590/0103-5150.028.002.ar02
 29. Alves KY, Oliveira PT, Chiavone FB. Patient identification in the records of health professionals. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(1):79-86. doi: 10.1590/1982-0194201800012