

# Acesso precoce à fisioterapia após a alta hospitalar de uma Unidade de AVC em Joinville

*Early access to physical therapy after hospital discharge from a Stroke Unit in Joinville*

*Acceso temprano a fisioterapia después del alta hospitalaria de una Unidad de Ictus de Joinville*

Sabrina Preis<sup>1</sup>, Helton Eckermann da Silva<sup>2</sup>,  
Fabiane Maria Klitzke<sup>3</sup>, Adriana Beiersdorff Klug<sup>4</sup>,  
Maria Paula Engster<sup>5</sup>

1.Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade Guilherme Guimbala. Joinville-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-3588-2378>

2.Bacharel em Fisioterapia, Mestre em Saúde e Meio Ambiente. Professor da Faculdade Guilherme Guimbala. Joinville-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1037-9459>

3.Bacharel em Fisioterapia, Mestra em Ciências do Movimento Humano. Fisioterapeuta no Hospital São José. Joinville-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7603-7019>

4.Bacharel em Fisioterapia, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Neurologia do Hospital São José. Joinville-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4355-2265>

5.Bacharel em Fisioterapia, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Neurologia do Hospital São José. Joinville-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0031-4697>

## Resumo

**Objetivo.** Caracterizar o acesso à reabilitação após AVC na rede pública da região de saúde de Joinville, as barreiras e facilitadores encontrados pelos usuários. **Método.** Estudo observacional, longitudinal e prospectivo realizado na Unidade de AVC do Hospital Municipal São José entre abril e julho de 2023. A amostra incluiu pacientes com AVC, com idade ≥18 anos, indicados para reabilitação fisioterapêutica e que assinaram o TCLE. Os participantes foram avaliados com um questionário sociodemográfico e clínico, além de um questionário de acesso após 30 dias da alta hospitalar. **Resultados:** Foram incluídos 45 pacientes, com idade média de  $65,12 \pm 13,47$  anos, principalmente do município de Joinville (67,5%). A maioria tinha fatores de risco como hipertensão (70,0%) e diabetes (52,5%). Após a alta, 65,0% iniciaram a reabilitação em até 30 dias, com média de  $8,5 \pm 7,7$  dias na região e  $14,5 \pm 9,8$  dias em Joinville. A condução própria foi um facilitador (61,5%), enquanto a fila de espera nas clínicas do SUS foi a principal barreira (35,0%). **Conclusões:** O acesso à reabilitação foi efetivo para mais da metade dos pacientes em até 30 dias, com indicadores similares ou superiores à literatura brasileira. Facilitadores incluíram protocolos estabelecidos, equipe multiprofissional, estratégias de educação em saúde, realização de encaminhamentos na alta e posse de condução própria. A principal barreira foi a fila de espera nos serviços públicos, impossibilitando o acesso precoce e levando os usuários e familiares a buscarem serviços particulares.

**Unitermos.** Fisioterapia; Acidente Vascular Cerebral; Acesso aos serviços de saúde; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde

## Abstract

**Objective.** To characterize access to rehabilitation after stroke in the public health system of the health region of Joinville, and the barriers and facilitators encountered by users. **Method.** An observational, longitudinal, and prospective study was conducted at the Stroke Unit of São José Municipal Hospital between April and July 2023. The sample included stroke patients aged ≥18 years, indicated for physiotherapy rehabilitation, and who signed the Informed Consent Form. Participants were assessed using a sociodemographic and clinical questionnaire, as well as an access questionnaire 30 days after hospital discharge. **Results.** A total of 45 patients

were included, with a mean age of  $65.12 \pm 13.47$  years, primarily from Joinville municipality (67.5%). Most had risk factors such as hypertension (70.0%) and diabetes (52.5%). After discharge, 65.0% started rehabilitation within 30 days, with a mean of  $8.5 \pm 7.7$  days in the region and  $14.5 \pm 9.8$  days in Joinville. Having personal transportation was a facilitator (61.5%), while waiting lists at SUS clinics were the main barrier (35.0%). **Conclusions:** Access to rehabilitation was effective for more than half of the patients within 30 days, with indicators similar to or higher than those reported in Brazilian literature. Facilitators included established protocols, a multidisciplinary team, health education strategies, referral at discharge, and personal transportation. The main barrier was waiting lists at public services, hindering early access and leading users and families to seek private services.

**Keywords.** Physical Therapy; Stroke; Health Services Accessibility; Barriers to Access of Health Services

---

## Resumen

**Objetivo.** Caracterizar el acceso a la rehabilitación después de un ACV en la red pública de la región de salud de Joinville, y las barreras y facilitadores encontrados por los usuarios. **Método.** Estudio observacional, longitudinal y prospectivo realizado en la Unidad de ACV del Hospital Municipal São José entre abril y julio de 2023. La muestra incluyó pacientes con ACV, de edad  $\geq 18$  años, indicados para rehabilitación fisioterapéutica y que firmaron el TCLE. Los participantes fueron evaluados con un cuestionario sociodemográfico y clínico, así como un cuestionario de acceso después de 30 días del alta hospitalaria. **Resultados.** Se incluyeron 45 pacientes, con una edad media de  $65,12 \pm 13,47$  años, principalmente del municipio de Joinville (67,5%). La mayoría tenía factores de riesgo como hipertensión (70,0%) y diabetes (52,5%). Despues del alta, el 65,0% inició la rehabilitación en hasta 30 días, con una media de  $8,5 \pm 7,7$  días en la región y  $14,5 \pm 9,8$  días en Joinville. Tener transporte propio fue un facilitador (61,5%), mientras que las listas de espera en las clínicas del SUS fueron la principal barrera (35,0%). **Conclusiones:** El acceso a la rehabilitación fue efectivo para más de la mitad de los pacientes en hasta 30 días, con indicadores similares o superiores a la literatura brasileña. Los facilitadores incluyeron protocolos establecidos, un equipo multidisciplinario, estrategias de educación en salud, derivación al alta y posesión de transporte propio. La principal barrera fue la lista de espera en los servicios públicos, dificultando el acceso temprano y llevando a los usuarios y familiares a buscar servicios privados.

**Palabras clave.** Fisioterapia; Accidente Cerebrovascular; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Barreras de Acceso a los Servicios de Salud

---

Trabalho realizado na Associação Catarinense de Ensino, Faculdade Guilherme Guimbala (FGG). Núcleo de Pesquisa em Fisioterapia Cardiorrespiratória (NUPECRE). Joinville-SC, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 12/12/2023

Aceito em: 17/04/2024

**Endereço para correspondência:** Maria Paula Engster. R. São José 490. Anita Garibaldi. Joinville-SC, Brasil. CEP 89202-010. E-mail: [mariapaula\\_engster@hotmail.com](mailto:mariapaula_engster@hotmail.com)

---

## INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um distúrbio neurológico de origem vascular ocasionado por uma restrição do aporte sanguíneo ou por um extravasamento de sangue, resultando em necrose no tecido cerebral. É um importante problema de saúde pública, ocupando a primeira posição em causa de morte e incapacidade no Brasil<sup>1</sup>.

Em uma escala mundial, o AVC é responsável por aproximadamente 5,5 milhões de mortes anualmente e 44 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade<sup>2</sup>. Na América Latina, entre 1990 e 2016, a incidência bruta aumentou cerca de 40,0%<sup>3</sup>. Entretanto, a mortalidade por AVC diminuiu aproximadamente 20,0% nos países de baixa e média renda, como o Brasil, e 37,0% nos países de alta renda entre 1990 e 2010<sup>4</sup>. Entretanto, cerca de 86 milhões de pessoas no mundo necessitam de reabilitação<sup>5</sup>.

Contudo, as sequelas variam de acordo com o local e extensão da lesão, entretanto, as dificuldades encontradas pelos sobreviventes do AVC geralmente são de caráter permanente, acarretando principalmente o controle motor e impactando diretamente a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs)<sup>1</sup>. No Brasil, aproximadamente 25,0% dos casos de AVC permanecem com incapacidades graves<sup>6</sup>.

Para 2030, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o mundo terá 70 milhões de sobreviventes ao AVC, dos quais 70,0% não retornarão ao trabalho e 30,0% necessitarão de auxílio para locomoção<sup>7</sup>. Em uma cidade de tamanho semelhante a Joinville pode-se esperar 120 novos pacientes com sua independência funcional comprometida a cada ano<sup>6</sup>. Desta forma, para que haja redução dos danos deste cenário, é fundamental o acesso imediato e contínuo aos serviços de reabilitação<sup>8</sup>.

A continuidade da reabilitação é amplamente reconhecida por ser um processo multidisciplinar que visa a autonomia, melhora na qualidade de vida e auxílio na

reintegração social do indivíduo. Dentro da equipe multidisciplinar, destaca-se a fisioterapia, como um dos principais agentes na recuperação funcional e conquista da independência em sobreviventes do AVC agudo, bem como uma das intervenções com maior potencial de melhora na qualidade de vida<sup>3,9</sup>.

O acesso à reabilitação fisioterapêutica após a alta hospitalar está associado a um menor índice de dependência e a uma maior probabilidade de sobrevivência 1 mês após o AVC<sup>10</sup>. Por este motivo, a reabilitação fisioterapêutica deve aproveitar os mecanismos de plasticidade cerebral, sobretudo nos primeiros três meses considerados primordiais na evolução dos pacientes, para que se maximize os ganhos funcionais<sup>7</sup>.

As limitações dos serviços de saúde pública, bem como o acesso à reabilitação pós-AVC diferem entre si nas regiões do Brasil, devido às disparidades socioeconômicas<sup>5</sup>. Visto que atualmente existem insuficientes evidências sobre o acesso à serviços especializados, identificou-se a necessidade de investigação centrada na inclusão e transição precoce da reabilitação fisioterapêutica, do ambiente hospitalar para o ambulatorial.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o acesso à reabilitação após AVC na rede pública da região de saúde de Joinville, as barreiras e facilitadores encontrados pelos usuários. Os dados contribuirão para fortalecer os sistemas de saúde na reabilitação, orientando as políticas de saúde.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal e prospectivo, realizado na Unidade de AVC (U-AVC) do Hospital Municipal São José (HMSJ) durante o período de abril a julho/2023.

O hospital em questão é referência nacional no tratamento de pacientes com AVC, e atualmente conta com uma Unidade de AVC, com equipe multidisciplinar e estrutura própria específica para a continuidade no tratamento de fase aguda e reabilitação precoce, bem como a investigação etiológica completa do AVC.

O estudo considerou a macrorregião de saúde do nordeste catarinense, especificamente, a região de saúde de Joinville, a qual é composta por oito municípios: Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Garuva, Itapoá, Joinville, São Francisco do Sul e São João do Itaperiú<sup>11</sup>.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do HMSJ e registrada sob o número 65872522.2.0000.5362 (CAAE).

## **Amostra**

A abordagem dos pacientes se deu no momento da alta hospitalar. Foram esclarecidos os procedimentos da pesquisa, bem como seus riscos e benefícios. Após, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo adotou os seguintes critérios para inclusão: Diagnóstico clínico de AVC; Idade igual ou superior a 18

anos; Indicação de reabilitação fisioterapêutica; TCLE assinado pelo paciente e/ou familiar. Para exclusão, os critérios estabelecidos foram: Não ter indicação de reabilitação fisioterapêutica; Não possuir meio de comunicação após a alta hospitalar; e pacientes em acompanhamento com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) após a alta hospitalar.

## **Procedimento**

Para seleção dos participantes foi realizada uma triagem inicial pelos fisioterapeutas da U-AVC, contemplando a indicação de continuidade do tratamento fisioterapêutico em nível ambulatorial e os critérios de inclusão. A partir disso, foi realizado o convite para a participação do estudo e, mediante aceite, assinatura do TCLE.

Para a avaliação das variáveis de pesquisa que caracterizam a amostra, foi utilizado o questionário sociodemográfico e clínico aplicado junto ao paciente e/ou cuidador, além de uma busca no prontuário informatizado do hospital.

As variáveis sociodemográficas envolveram: idade e sexo. As variáveis clínicas dos participantes foram avaliadas sob os seguintes aspectos: fatores de risco modificáveis e não modificáveis para o AVC, histórico familiar e recorrência do AVC. Além disso, o questionário continha informações de contato como telefone e e-mail do paciente e/ou cuidador para posterior coleta de dados.

Para avaliação do acesso à reabilitação fisioterapêutica após 30 dias da alta hospitalar dos participantes, foi utilizado o instrumento descrito a seguir, elaborado pelos autores:

Questionário de acesso: Aplicado por meio de questionário eletrônico, disponibilizado pelos pesquisadores através do WhatsApp dos participantes, após 30 dias da alta hospitalar. Sendo possível responder uma única vez, continha questões objetivas e descriptivas sobre barreiras e facilitadores ao acesso à reabilitação após a alta hospitalar, abordando aspectos como translado e tempo decorrido entre a alta hospitalar e o início da reabilitação ambulatorial.

Os serviços de reabilitação gratuitos do município de Joinville e que compuseram o questionário são o Serviço Especializado em Reabilitação (SER), Clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e clínicas-escola de Instituições de Ensino Superior (IES). Para a região de saúde considerou-se apenas a rede de clínicas conveniadas ao SUS e os atendimentos domiciliares ofertados pelo Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para registro do acesso à reabilitação em serviços particulares em Joinville considerou-se a Associação dos Deficientes Físicos de Joinville (ADEJ), clínicas privadas e atendimentos domiciliares. Na região, foram contempladas no questionário apenas as opções de clínicas privadas e atendimentos domiciliares.

Após a alta hospitalar, os pacientes poderiam ser encaminhados para o SER, que possui uma equipe interdisciplinar e é referência em cuidado. Entretanto, são

encaminhados somente pacientes que necessitam de atendimento multiprofissional com duas ou mais terapias<sup>3</sup>.

Aqueles pacientes que não cumpriam este pré-requisito foram encaminhados para uma das 16 clínicas conveniadas disponíveis atualmente no município. Fatores como distância residência-clínica conveniada foram considerados pelos profissionais da U-AVC no momento de realização dos encaminhamentos.

Além disso, o município também conta com a parceria público-privada oferecida através da ADEJ, local onde são realizados atendimentos com um valor considerado social. Esta opção é indicada para famílias que demonstram interesse em realizar atendimentos particulares com equipe multiprofissional.

Ainda, em função de alta demanda, inviabilidade de deslocamento até o local da fisioterapia e/ou vagas insuficientes para fisioterapia neurofuncional, são realizados encaminhamentos para clínicas-escolas das IES, que atendem gratuitamente a comunidade.

## Análise Estatística

Os dados foram tabulados e armazenados em uma planilha eletrônica no *Microsoft Office Excel* e analisados no pacote estatístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS versão 20.0 para Windows. Foi utilizada estatística descritiva (frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão) para análise das variáveis.

## **RESULTADOS**

Foram incluídos 45 pacientes, havendo perda amostral de cinco indivíduos (um em decorrência de óbito no período de 30 dias após a alta hospitalar, dois excluídos por não responderem o questionário de acesso após a alta hospitalar e dois excluídos por mudança para municípios que não são contemplados no estudo).

Dos 40 pacientes em fase aguda que compuseram a amostra, a idade média foi de  $65,12 \pm 13,47$ , havendo uma predominância do sexo masculino. Observou-se que 67,5% eram do município de Joinville e 32,5% dos municípios da região de saúde de Joinville.

O tempo médio de internação dos pacientes residentes de Joinville foi de  $14,26 \pm 8,3$  dias, e dos pacientes residentes da região foi de  $20,31 \pm 10,8$  dias. A Tabela 1 apresenta a caracterização geral dos participantes.

Dos fatores de riscos analisados, observou-se alta predominância dos indivíduos que possuem comorbidades associadas, sendo 70,0% dos participantes com histórico de hipertensão arterial sistêmica, 52,5% de *Diabetes mellitus*, 55,0% dos participantes declararam-se tabagistas ativos ou pregressos. 77,5% da amostra se declarou não etilistas. A Tabela 2 apresenta as características clínicas dos participantes em relação aos fatores de risco modificáveis, não modificáveis e hábitos de vida.

Tabela 1. Características gerais dos pacientes em Joinville e Região.

Variáveis	TOTAL n: 40 (%)	Joinville n: 27 (%)	Região n: 13 (%)
<b>Sexo</b>			
Masculino	21/40 (52,5)	16/27 (59,3)	05/13 (38,5)
Feminino	19/40 (47,5)	11/27 (40,7)	08/13 (61,5)
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	02/40 (5,0)	02/27 (7,4)	-
Casado	25/40 (62,5)	16/27 (59,3)	09/13 (69,2)
Viúvo	09/40 (22,5)	07/27 (25,9)	02/13 (15,4)
Divorciado	03/40 (7,5)	02/27 (7,4)	01/13 (7,7)
União Estável	01/40 (2,5)	-	01/13 (7,7)
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	01/40 (2,5)	-	01/13 (7,7)
Ensino Fundamental incompleto	27/40 (67,5)	18/27 (66,7)	09/13 (69,2)
Ensino Fundamental completo	05/40 (12,5)	04/27 (14,8)	01/13 (7,7)
Ensino Médio incompleto	02/40 (5,0)	01/27 (3,7)	01/13 (7,7)
Ensino Médio completo	03/40 (7,5)	03/27 (11,1)	-
Ensino Superior incompleto	-	-	-
Ensino Superior completo	02/40 (5,0)	01/27 (3,7)	01/13 (7,7)
<b>Situação profissional</b>			
Ativo	08/40 (20,0)	05/27 (18,5)	03/13 (23,1)
Afastado	03/40 (7,5)	03/27 (11,1)	-
Aposentado	24/40 (60,0)	17/27 (63,0)	07/13 (53,8)
Inativo	05/40 (12,5)	02/27 (7,4)	03/13 (23,1)
<b>Possui Condução Própria</b>	27/40 (67,5)	19/27 (70,4)	08/13 (61,5)

n: amostra total.

Analizando a ficha cadastral dos participantes do município de Joinville, foi possível identificar que no momento da alta hospitalar 40,7% dos participantes foram encaminhados para a clínica-escola de uma IES (Tabela 3), 22,2% para o SER, 22,2% para as clínicas conveniadas ao SUS, 7,5% para serviço domiciliar, 3,7% para clínicas

particulares e aos cuidados da Unidade Básica de Saúde (UBS), igualmente.

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes em Joinville e Região.

Variáveis	TOTAL n: 40 (%)	Joinville n: 27 (%)	Região n: 13 (%)
<b>Fatores de risco</b>			
HAS	28/40 (70,0)	19/27 (70,4)	09/13 (69,2)
DM	21/40 (52,5)	15/27 (55,6)	06/13 (46,2)
Cardiopatia	04 /40 (10,0)	04/27 (17,8)	-
<b>Tabagismo</b>			
Sim	11/40 (27,5)	05/27 (18,5)	06/13 (46,2)
Não	18 /40 (45,0)	14/27 (51,9)	04/13 (30,8)
Pregresso	11/40 (27,5)	08/27 (29,6)	03/13 (23,1)
<b>Etilismo</b>			
Sim	07/40 (17,5)	04/27 (17,8)	03/13 (23,1)
Não	31 /40 (77,5)	21/27 (77,8)	10/13 (76,9)
Pregresso	02/40 (5,0)	02/27 (7,4)	-
<b>Histórico familiar de AVC</b>			
Sim	22/40 (55,0)	18/27 (66,7)	04/13 (30,8)
Não	18 /40 (45,0)	09/27 (33,3)	09/13 (69,2)
<b>Recorrência de AVC</b>			
	13/40 (32,5)	09/27 (33,3)	04/13 (30,8)
<b>Prática de Atividade Física</b>			
	08/40 (20,0)	07/27 (25,9)	01/13 (7,7)

n: amostra total; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes mellitus.

Da rede regionalizada, 100% dos indivíduos foram encaminhados via contrarreferência para as UBS de seus respectivos municípios, através do Formulário de Notificação de Contrarreferência do AVC no Sistema Integrado de Gestão (SIG-SaúdeTech). A partir disso, as UBS realizaram os encaminhamentos para as clínicas conveniadas ao SUS.

Tabela 3. Distribuição dos participantes de Joinville quanto ao encaminhamento.

Variáveis	Joinville n:27 (%)
<b>Local de encaminhamento</b>	
IES	11 (40,7)
SER (SUS)	06 (22,2)
Clínica Conveniada ao SUS	06 (22,2)
Domiciliar Particular	02 (7,5)
Clínica Particular	01 (3,7)
UBS	01 (3,7)

n: amostra total; IES: Instituição de Ensino Superior; SER: Serviço Especializado em Reabilitação; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Após 30 dias da alta hospitalar foi realizada a aplicação do questionário de acesso e observou-se que 65,0% dos participantes iniciaram a reabilitação precocemente, com tempo médio de início de  $8,5 \pm 7,7$  dias na região, enquanto em Joinville o tempo foi de  $14,5 \pm 9,8$  dias. Ainda, foi possível observar que mais da metade dos participantes (61,5%) possuem condução própria, podendo este ser um facilitador para o acesso à reabilitação após a alta hospitalar. A Tabela 4 apresenta as variáveis que caracterizam o acesso à reabilitação fisioterapêutica.

Os demais pacientes (35,0%), não estavam realizando fisioterapia, tendo como principal barreira apontada a fila de espera por vagas nas clínicas conveniadas aos SUS. A Tabela 5 apresenta a distribuição da amostra conforme barreiras de acesso à reabilitação fisioterapêutica.

Tabela 4. Distribuição da amostra conforme variáveis de acesso à reabilitação fisioterapêutica em Joinville e Região (n=26).

Variáveis	TOTAL n:26 (%)	Joinville n: 16 (%)	Região n: 10 (%)
<b>Local que está em atendimento</b>			
<b>Serviços gratuitos</b>			
IES	03/26 (11,5)	03/16 (18,8)	-
Clínica conveniada ao SUS	12/26 (46,2)	09/16 (56,2)	03/10 (30,0)
Fisioterapia domiciliar do SUS	01/26 (3,8)	-	01/10 (10,0)
SER (SUS)	-	-	-
<b>Subtotal</b>	16/26 (61,5)	12/16 (75,0)	4/10 (40,0)
<b>Serviços particulares</b>			
ADEJ	-	-	-
Clínica particular	03/26 (11,5)	02/16 (12,5)	01/10 (10,0)
Fisioterapia domiciliar particular	07/26 (26,9)	02/16 (12,5)	05/10 (50,0)
<b>Subtotal</b>	10/26 (38,5)	04/16 (25,0)	06/10 (60,0)
<b>Meio de transporte até a fisioterapia</b>			
Carro próprio	16/26 (61,5)	12/16 (75,0)	4/10 (40,0)
Taxi/aplicativos	02/26 (7,7)	02/16 (12,5)	-
Não utiliza, pois faz no domicílio	08/26 (30,8)	02/16 (12,5)	06/10 (60,0)

n: amostra total; IES: Instituição de Ensino Superior; SER: Serviço Especializado em Reabilitação; ADEJ: Associação dos Deficientes Físicos de Joinville; SUS: Sistema Único de Saúde.

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o acesso à reabilitação após AVC na rede pública da região de saúde de Joinville, e as barreiras e facilitadores encontrados pelos usuários.

Os resultados obtidos indicam que 65,0% da amostra acessou os serviços de fisioterapia dentro dos primeiros 30 dias após a alta hospitalar, divergindo do estudo de Miranda e colaboradores<sup>7</sup> que avaliou 39 indivíduos no mesmo período, e obtiveram apenas 19,0% de adesão à reabilitação

fisioterapêutica. Um estudo com 39 residentes dos municípios de João Pessoa e Cabedelo<sup>12</sup> observou que apenas 30,8% acessaram o tratamento fisioterapêutico, sendo 20,5% deles em até 60 dias após a alta hospitalar.

Tabela 5. Distribuição da amostra conforme barreiras de acesso à reabilitação fisioterapêutica em Joinville e Região (n=14).

Variáveis	TOTAL n:14 (%)	Joinville n: 11 (%)	Região n: 03 (%)
<b>Motivo de não estar em atendimento fisioterapêutico</b>			
Não recebeu encaminhamento	01/14 (7,1)	01/11 (9,1)	-
Está na fila de espera	11/14 (78,6)	09/11 (81,8)	02/03 (66,7)
Local é longe do domicílio	01/14 (7,1)	01/11 (9,1)	-
Não tem como ir até o local	01/14 (7,1)	-	01/03 (33,3)
<b>Subtotal</b>	<b>14/14 (100)</b>	<b>11/11 (100)</b>	<b>03/03 (100)</b>
<b>Não possuem condução própria</b>	<b>08/14 (57,1)</b>	<b>06/11 (54,5)</b>	<b>02/03 (66,7)</b>
<b>Possuem condução própria</b>	<b>06/14 (42,8)</b>	<b>05/11 (45,6)</b>	<b>01/03 (33,3)</b>

n: amostra total.

Sabe-se que cerca de três quartos da população brasileira é exclusivamente dependente do SUS<sup>10</sup>. Além disso, a região de saúde de Joinville é responsável por uma população aproximada de 655.288 habitantes<sup>11</sup>.

Os dados encontrados entre os pacientes que iniciaram o atendimento fisioterapêutico, apontam que dos 69,5% indivíduos do município de Joinville, 56,25% iniciaram os atendimentos fisioterapêuticos por meio do SUS, em clínicas

conveniadas. Já nos municípios da região, 40,0% dos pacientes acessaram os serviços de reabilitação fisioterapêutica disponibilizados pelo SUS.

Deve-se considerar que toda a amostra era usuária do SUS, visto que todos internaram em um hospital 100% SUS.

Dos indivíduos que pagaram pelos atendimentos, um estudo realizado com pacientes admitidos em um hospital público na cidade de João Pessoa/Paraíba<sup>12</sup>, aponta que 58,4% dos indivíduos pagaram pelo serviço de reabilitação, sendo uma taxa um pouco mais elevada do que a encontrada na presente pesquisa, de 38,5%. Assemelhando-se com os resultados obtidos, um estudo realizado em um hospital em Porto Alegre/RS<sup>7</sup>, identificou que 30 dias após a alta hospitalar, 43,0% dos pacientes que estavam realizando atendimento fisioterapêutico utilizavam os serviços privados de reabilitação.

Entende-se que a divergência entre os dados do município de Joinville e dos municípios da região está relacionada ao fato de Joinville contar com uma expressiva quantidade de clínicas conveniadas ao SUS, além das IES que prestam serviços gratuitos para a comunidade. Esta realidade difere dos municípios da região, levando muitas famílias a optarem pelos atendimentos fisioterapêuticos particulares.

Ainda, o presente estudo mostrou que no município de Joinville, nos primeiros 30 dias após a alta hospitalar, 11/27 pacientes não estavam realizando fisioterapia. Já nos municípios da região, apenas 3/13 pacientes não estavam

em atendimento fisioterapêutico, fato este que está diretamente relacionado com a opção por realizar atendimentos particulares, uma vez que nestes não há necessidade de aguardar por uma vaga. Sendo assim, estes resultados convergem com os achados que indicam que as ofertas do serviço de fisioterapia no SUS têm sido insuficientes<sup>7</sup>.

O estudo também buscou identificar quais as barreiras e facilitadores encontrados pelos usuários no processo de reabilitação fisioterapêutica após a alta hospitalar, uma vez que estas barreiras estão associadas ao início tardio da reabilitação.

Dos participantes que não iniciaram a reabilitação dentro do período dos 30 dias após a alta hospitalar, 78,6% relataram estar em fila de espera. Tais dados vão ao encontro dos achados do estudo que destaca como principais barreiras de acesso ao tempo em fila de espera, indisponibilidade de locomoção, distância da residência até a clínica e dificuldades no agendamento da consulta<sup>8</sup>.

A impossibilidade de deslocamento até o local da fisioterapia não obteve destaque como uma barreira primária neste estudo, entretanto, observou-se que 57,1% participantes que não iniciaram atendimento de fisioterapia, relataram não ter condução própria para deslocamento, fato este que poderá interferir futuramente na adesão à reabilitação após serem contemplados por vagas. Um estudo reforça que, nestas populações, mesmo conseguindo vaga nos serviços de reabilitação da rede pública, o deslocamento

representa um custo elevado que inviabiliza a continuidade do tratamento<sup>13</sup>.

Com relação aos encaminhamentos, destaca-se o fato de que todos os participantes do presente estudo receberam alta da U-AVC já encaminhados para algum local de reabilitação fisioterapêutica. Tal realidade pode ser justificada pela existência de protocolos estabelecidos, presença de equipe multiprofissional alinhada e centrada no cuidado com o paciente além de estratégias de educação em saúde adotadas durante o período de internação, podendo estes serem considerados facilitadores para o acesso aos serviços de fisioterapia após a alta hospitalar.

Os resultados obtidos diferem do estudo que destaca em sua pesquisa a falta e/ou atraso no encaminhamento no momento da alta hospitalar<sup>10</sup>, e também de outro estudo, no qual 79,5% dos indivíduos não foram encaminhados aos serviços de fisioterapia, sendo estas consideradas barreiras de acesso aos serviços de fisioterapia para os participantes de ambas as pesquisas<sup>12</sup>.

A continuidade do cuidado é um dos fatores de garantia para a integralidade do sistema SUS<sup>14</sup>, e sua organização resulta em cuidados de alta qualidade<sup>15</sup>. A U-AVC do Hospital Municipal São José conta com uma equipe multidisciplinar responsável pelo estado de saúde dos pacientes no momento da internação, entretanto, os cuidados devem estender-se ao domicílio, juntamente com a família e com a assistência da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>14</sup>. A transição do cuidado se dá através da continuidade de informação e

gerenciamento do cuidado através da interação entre indivíduo/família e o serviço de saúde<sup>14</sup>, podendo refletir em uma melhor sobrevida dos pacientes<sup>16</sup>, resultar em redução nas taxas de reinternação, além de encorajar os sobreviventes por AVC e seus cuidadores a exercerem a autonomia e independência após a alta<sup>14,16</sup>.

O tempo médio para o início da reabilitação foi de  $8,5 \pm 7,7$  dias nos municípios da região, enquanto em Joinville foi de  $14,5 \pm 9,8$  dias. Estes resultados foram consideravelmente menores do que os encontrados por Miranda e colaboradores<sup>7</sup>, com média de 36 dias após a alta hospitalar. Ademais, considera-se que o menor tempo de acesso identificado nos indivíduos dos municípios da região, possa estar relacionado com a maior adesão aos serviços particulares.

As perspectivas atuais enfatizam a grande importância do início da reabilitação fisioterapêutica dentro da janela do AVC agudo e subagudo devido aos mecanismos de restauração cerebral. Não há um período limite para a plasticidade neuronal<sup>8</sup>, entretanto, grande parte da recuperação e das mudanças funcionais ocorrem nas semanas iniciais a meses<sup>17</sup> após um AVC na maioria dos indivíduos, sendo capaz de reduzir as instalações de complicações secundárias, favorecer a capacidade de realizar AVDs, podendo também colaborar com a recuperação da autonomia do paciente<sup>18</sup>.

Considerando limitações como número da amostra e restrito intervalo de *follow up*, sugerem-se estudos com

amostras maiores e que deem continuidade à análise estendendo-se por 60 a 90 dias da alta hospitalar, com o objetivo de analisar melhor o impacto da reabilitação fisioterapêutica na independência funcional do indivíduo na fase aguda e fase subaguda da doença. Além disso, futuras pesquisas poderiam contemplar a atuação de uma equipe multidisciplinar, compreendendo a integralidade do ser humano e o processo amplo da reabilitação.

## **CONCLUSÕES**

O acesso aos serviços de reabilitação fisioterapêutica foi efetivado em mais da metade da amostra em até 30 dias após a alta hospitalar, com indicadores semelhantes ou que superam os reportados pela literatura no Brasil. Porém, a disponibilidade destes serviços ainda está aquém da demanda. Dentre os principais facilitadores para o acesso à reabilitação destacam-se a existência de protocolos estabelecidos, presença de equipe multiprofissional e estratégias de educação em saúde na U-AVC, além da realização de encaminhamentos no momento da alta hospitalar e o fato do paciente/familiar possuir condução própria. Já a principal barreira elencada foi a existência de filas de espera pelos serviços, impossibilitando o acesso precoce e levando os usuários e familiares a buscarem serviços particulares.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao HMSJ de Joinville, Santa Catarina, aos participantes do estudo e aos demais colaboradores que auxiliaram na coleta de dados deste estudo.

## **REFERÊNCIAS**

1. Bitencourt T, Klitzke dos Santos FM, Soares AV. Relação entre a funcionalidade e a capacidade motora de pacientes pós-avc na fase aguda. *Rev Neurocienc* 2020;28:1-18.  
<https://doi.org/10.34024/rnc.2020.v28.10241>
2. Santos AR, Santos FM, Eichinger FL, Lima HD, Soares AV. Barreiras de acesso a reabilitação física pós acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev* 2022;11:e4911427224.  
<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27224>
3. Secretaria da Saúde. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral: Rede de Urgência e Emergência. Joinville: Secretaria da Saúde; 2021. [http://abavc.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Linha\\_de\\_Cuidado\\_do\\_AVC.pdf](http://abavc.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Linha_de_Cuidado_do_AVC.pdf)
4. Souto SD, Anderle P, Goulart BN. Iniquidades raciais no acesso à reabilitação após acidente vascular cerebral: estudo da população brasileira. *Cienc Amp Saude Coletiva* 2022;27:1919-28.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.09452021>
5. Minelli C, Bazan R, Pedatella MT, Neves LD, Cacho RD, Magalhães SC, et al. Brazilian Academy of Neurology practice guidelines for stroke rehabilitation: part I. *Arq Neuropsiquiatr* 2022;80:634-52.  
<https://doi.org/10.1590/0004-282x-anp-2021-0354>
6. Campos LM, Martins BM, Cabral NL, Franco SC, Pontes-Neto OM, Mazin SC, et al. How many patients become functionally dependent after a stroke? A 3-year population-based study in joinville, Brazil. *Plos One* 2017;12:e0170204.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170204>
7. Miranda RE, Schmidt D, Hanauer L, Peralles SR, Striebel VL. Avaliação do acesso à fisioterapia após a alta hospitalar em indivíduos com Acidente Vascular Cerebral. *Clin Amp Biomed Res* 2018;38:245-52. <https://doi.org/10.4322/2357-9730.84737>
8. Queiroz Silva Ribeiro KS, Neves RF, Guedes Brito GE, Meneses Sousa KD, Freitas Lucena EM, Lopes Batista HR. Acesso à reabilitação no pós-avc na cidade de joão pessoa, paraíba. *Rev Baiana Saude Publica* 2013;36:699. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2012.v36.n3.a548>
9. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *Stroke* 2016;47:e98-169. <https://doi.org/10.1161/str.0000000000000098>
10. Cacho RD, Moro CH, Bazan R, Guarda SN, Pinto EB, Andrade SM, et al. Access to rehabilitation after stroke in Brazil (AReA study): multicenter study protocol. *Arq Neuropsiquiatr* 2022;80:1067-74.  
<https://doi.org/10.1055/s-0042-1758558>

11. Secretaria de Estado da Saúde. Plano das redes regionalizadas de atenção à saúde de Santa Catarina na macrorregião do planalto norte e nordeste componente da urgência e emergência (endereço na Internet). (Acessado em: 19/09/2023). Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/redes-de-atencao-a-saude-3/plano-de-acao-1/13214-plano-urgencia-e-emergencia-planalto-norte-e-macror-nordeste-1>
12. Mendes LM, Gadelha ID, Brito GE, Moraes RM, Ribeiro KS. Acesso de sujeitos pós-accidente vascular cerebral aos serviços de fisioterapia. Rev Enferm 2016;10:387-94. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201602>
13. Moreira N, Andrade A, Ribeiro K, Nascimento J, Brito G. Quality of life of individuals affected by stroke. Rev Neuroscienc 2015;23:530-7. <https://doi.org/10.4181/rnc.2015.23.04.1036.08p>
14. Magagnin AB, Heidemann IT, Brum CN. Transition of care for stroke patients: an integrative review. Rev Rene 2022;23:e80560. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222380560>
15. Struwe JH, Baernholdt M, Noerholm V, Lind J. How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. J Nurs Manag 2013;21:141-51. <https://doi.org/10.1111/jonm.12016>
16. Yang CP, Cheng HM, Lu MC, Lang HC. Association between continuity of care and long-term mortality in Taiwanese first-ever stroke survivors: an 8-year cohort study. Plos One 2019;14:e0216495. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216495>
17. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. Int J Stroke 2017;12:444-50. <https://doi.org/10.1177/1747493017711816>
18. Silva D, Nascimento C, Brito E. Efeitos da mobilização precoce nas complicações clínicas pós-avc: revisão da literatura. Rev Neuroscienc 2014;21:620-7. <https://doi.org/10.4181/rnc.2013.21.891.8p>