

Acesso à reabilitação ambulatorial após o Acidente Vascular Cerebral na rede de saúde de Joinville e região

Access to outpatient rehabilitation after stroke in the health network of Joinville and region

Acceso a la rehabilitación ambulatoria después de un ictus en la red de salud de Joinville y región

Maria Paula Engster¹, Helton Eckermann da Silva²,
Bruna Cadorin de Castilho³, Sabrina Preis⁴, Adriana Beiersdorff Klug⁵,
Fabiane Maria Klitzke⁶

1. Bacharel em Fisioterapia, Especialista em Fisioterapia Neurofuncional no Adulto e no Idoso. Florianópolis-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0031-4697>

2. Bacharel em Fisioterapia, Mestre em Saúde e Meio Ambiente. Fisioterapeuta no Hospital Municipal São José. Joinville-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1037-9459>

3. Bacharel em Fisioterapia, Especialista em Fisioterapia Neurofuncional no Adulto e no Idoso. São Paulo-SP. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8418-2758>

4. Bacharel em Fisioterapia. Joinville-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-3588-2378>

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

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

Resumo

Introdução. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma disfunção neurológica comum e grave, de grande impacto na sociedade. Com o aumento da expectativa de vida, a prevalência de pessoas com sequelas aumentou, restringindo sua capacidade de realizar Atividades de Vida Diária e prejudicando sua participação social. A reabilitação busca melhorar a capacidade física, funcional e mental, facilitando a reintegração do indivíduo na sociedade, sendo o acesso imediato e contínuo crucial para minimizar as sequelas após AVC. **Objetivo.** Caracterizar o acesso à reabilitação ambulatorial no primeiro mês após a alta hospitalar de uma Unidade de AVC na rede de saúde de Joinville e região, identificando barreiras relacionadas ao acesso.

Método. Estudo observacional e transversal com pacientes que receberam alta de uma Unidade de AVC em um hospital público, no qual os participantes responderam um questionário eletrônico contendo perguntas objetivas e descritivas sobre o acesso à reabilitação 30 dias após a alta hospitalar. **Resultados.** Foram incluídos 58 participantes que receberam encaminhamento para reabilitação no momento da alta hospitalar. O acesso à Fisioterapia foi maior em comparação com a Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Dentre as principais barreiras para o acesso à reabilitação destaca-se a indisponibilidade de vagas. **Conclusões.** O planejamento de alta e a integração da equipe multiprofissional nos cuidados são extremamente relevantes. Embora o acesso à Fisioterapia tenha sido relativamente melhor, existem deficiências significativas no acesso à Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. É necessário ampliar a oferta de serviços especializados e melhorar o acesso à reabilitação para garantir a continuidade do cuidado pós-AVC.

Unitermos. Acidente Vascular Cerebral; Serviços de Reabilitação; Acesso aos serviços de saúde; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde

Abstract

Introduction. Stroke is a common and severe neurological dysfunction with a significant impact on society. With the increasing life expectancy, the prevalence of individuals with sequelae has risen, restricting their ability to perform Activities of Daily Living and impairing social participation. Rehabilitation aims to improve physical, functional, and mental capacity,

facilitating the individual's reintegration into society, with immediate and continuous access being crucial to minimize post-stroke sequelae. **Objective.** To characterize access to outpatient rehabilitation in the first month post-hospital discharge from a Stroke Unit in the healthcare network of Joinville and the surrounding region, identifying barriers related to access. **Method.** An observational and cross-sectional study with patients discharged from a public hospital Stroke Unit, where participants completed an electronic questionnaire with objective and descriptive questions about access to rehabilitation 30 days after hospital discharge. **Results.** 58 participants who were referred to rehabilitation at the time of hospital discharge were included. Access to Physical Therapy was higher compared to Speech Therapy and Occupational Therapy. Among the main barriers to rehabilitation access, the unavailability of slots stands out. **Conclusions.** Discharge planning and integration of the multidisciplinary team in care are extremely relevant. Although access to Physical Therapy was relatively better, there are significant deficiencies in access to Speech Therapy and Occupational Therapy. It is necessary to expand specialized services and improve access to rehabilitation to ensure the continuity of post-stroke care.

Keywords. Stroke; Rehabilitation Services; Health Services Accessibility; Barriers to Access of Health Services

Resumen

Introducción. El ictus es una disfunción neurológica común y grave con un gran impacto en la sociedad. Con el aumento de la expectativa de vida, la prevalencia de personas con secuelas ha aumentado, limitando su capacidad para realizar Actividades de la Vida Diaria y afectando su participación social. La rehabilitación busca mejorar la capacidad física, funcional y mental, facilitando la reintegración del individuo en la sociedad, siendo el acceso inmediato y continuo crucial para minimizar las secuelas después de un ictus. **Objetivo.** Caracterizar el acceso a la rehabilitación ambulatoria en el primer mes después del alta hospitalaria de una Unidad de ictus en la red de salud de Joinville y la región, identificando barreras relacionadas con el acceso. **Método.** Estudio observacional y transversal con pacientes dados de alta de una Unidad de ictus en un hospital público, en el cual los participantes respondieron a un cuestionario electrónico con preguntas objetivas y descriptivas sobre el acceso a la rehabilitación 30 días después del alta hospitalaria. **Resultados.** Se incluyeron 58 participantes que fueron referidos a rehabilitación en el momento del alta hospitalaria. El acceso a Fisioterapia fue mayor en comparación con Fonoaudiología y Terapia Ocupacional. Entre las principales barreras para el acceso a la rehabilitación destaca la falta de disponibilidad de plazas. **Conclusiones.** La planificación del alta y la integración del equipo multiprofesional en la atención son extremadamente relevantes. Aunque el acceso a la Fisioterapia fue relativamente mejor, existen deficiencias significativas en el acceso a Fonoaudiología y Terapia Ocupacional. Es necesario ampliar la oferta de servicios especializados y mejorar el acceso a la rehabilitación para garantizar la continuidad de la atención post-ictus.

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

Trabalho realizado no Hospital Municipal São José (HMSJ). Programa de Residência Multiprofissional em Neurologia. Joinville-SC, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 13/04/2024

Aceito em: 03/09/2024

Endereço para correspondência: Fabiane M Klitzke. Av. Getúlio Vargas 238. Anita Garibaldi. Joinville-SC, Brasil. CEP 89202-000. E-mail: fabiane_santos@joinville.sc.gov.br

INTRODUÇÃO

Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma disfunção neurológica aguda de origem vascular, descrita como uma doença grave, comum e de grande impacto na sociedade¹. Atualmente, representa a primeira causa de incapacidade

prolongada e comprometimento funcional em adultos, além de ser uma das principais causas de morte em todo o mundo².

Embora a mortalidade por AVC esteja diminuindo, a prevalência de pessoas que vivem com incapacidades por ele geradas aumentou devido ao envelhecimento da população³. Estima-se que em 2030 o mundo terá 70 milhões de sobreviventes ao AVC, dos quais 70% não retornarão ao trabalho e 30% necessitarão de auxílio para se locomover⁴.

As sequelas após um AVC irão depender da região cerebral acometida, do nível da lesão e do nível de recuperação atingido por cada indivíduo, podendo limitar a capacidade dos sobreviventes em desempenhar suas Atividades de Vida Diária (AVD) de forma independente⁵.

O comprometimento das AVD pode ocorrer devido às deficiências motoras, distúrbios na fala e deglutição e disfunções cognitivas, restringindo a participação social destes indivíduos, levando à perda da autonomia e impossibilitando o retorno às atividades laborais⁴.

Neste contexto, o processo de reabilitação tem como intuito melhorar a capacidade física, funcional e/ou mental, promovendo a reinserção e reintegração das pessoas à sociedade². É um processo ativo de mudança, através do qual uma pessoa que se tornou incapacitada adquire o conhecimento e as habilidades necessárias para uma função física, psicológica e social ideal⁶.

Neste contexto, o número crescente de sobreviventes de AVC gera uma demanda cada vez maior por serviços de

reabilitação³. Entretanto, a fim de minimizar os danos nesta população, é necessário que o acesso a estes serviços seja imediato e contínuo, de forma integrada, permitindo ao usuário a assistência individualizada conforme a sua necessidade⁷.

Segundo a legislação mais recente vigente no país, a Lei nº 13146 de 2015⁸, toda a pessoa com deficiência tem direito ao processo de habilitação, reabilitação e saúde (artigos 14 a 26) por meio de uma avaliação multidisciplinar de profissionais capacitados, oferta de rede de serviços em saúde adequada e de preferência em domicílio e disponibilização de tecnologias assistivas.

Apesar disto, sabe-se que as limitações no acesso aos serviços de saúde estão presentes nos diversos níveis de atenção, sendo o acesso aos serviços especializados, incluindo os de reabilitação, um dos principais obstáculos para a adequada efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹.

O início precoce da reabilitação após o AVC ganha destaque na medida em que é possível, nesse período, alcançar melhores respostas ao tratamento e redução das repercussões negativas na capacidade funcional, justificando a necessidade de acesso imediatamente após a alta hospitalar^{7,9}.

Um estudo publicado recentemente trouxe informações sobre o acesso precoce à fisioterapia após a alta hospitalar de uma Unidade de AVC no município de Joinville¹⁰. Entretanto, ainda não há estudos na literatura que tenham

realizado uma investigação específica sobre os demais serviços de reabilitação oferecidos no município de Joinville e região. Sendo assim, a partir dos dados obtidos no presente estudo, será possível ampliar os conhecimentos sobre o cuidado à saúde dessa parcela da população, além de propor estratégias de resolutividade, visando garantir a integralidade do cuidado dos pacientes acometidos por AVC.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o acesso à reabilitação ambulatorial no primeiro mês após a alta hospitalar de uma Unidade de AVC (U-AVC) na rede de saúde de Joinville e região e identificar barreiras relacionadas a transporte, burocracias, fila de espera e desistência por parte dos pacientes.

MÉTODO

Estudo observacional e transversal que investigou o acesso à reabilitação 30 dias após alta hospitalar de uma U-AVC do sistema público de saúde, na cidade de Joinville-SC e região, por meio de questionário eletrônico disponibilizado através do *WhatsApp* dos participantes, contendo questões objetivas e descritivas.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Hospital Municipal São José (HMSJ) e registrada sob o número 65872522.2.0000.5362 (CAAE).

Amostra

A amostra foi composta por indivíduos voluntários e maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que receberam alta da U-AVC do Hospital Municipal São José (HMSJ) no período de abril a outubro de 2023.

Foram incluídos 65 pacientes que respeitaram os seguintes critérios de inclusão: Internação na U-AVC do HMSJ; diagnóstico confirmado de AVC; residir no município de Joinville e região; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão foram a recusa da participação no estudo; pacientes que não necessitaram de reabilitação após a alta hospitalar, conforme critérios estabelecidos pelos profissionais da U-AVC do HMSJ; e a impossibilidade de contato telefônico após a alta hospitalar.

Procedimento

No momento da alta hospitalar os pacientes foram encaminhados para a reabilitação com Fisioterapia e/ou Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional, possibilitando a continuidade do tratamento. A Ficha de Anamnese e mRS foram aplicadas durante a internação hospitalar, a fim de obter informações acerca do desfecho funcional dos indivíduos.

Após 30 dias da alta hospitalar, os pesquisadores entraram em contato com o paciente ou responsável através do *WhatsApp* para disponibilizar o Questionário de Acesso à Reabilitação com o objetivo de verificar a taxa e o período de

espera de acesso ao serviço de reabilitação, além dos locais em que estavam em reabilitação e possíveis barreiras caso não tivessem tido acesso nesse período.

Os indivíduos que não responderam durante este período ou que responderam de forma incompleta foram contatados novamente por meio de ligação telefônica ou *WhatsApp*, a fim de obter as informações necessárias. Participantes que não foram possíveis de contatar foram excluídos da pesquisa.

Instrumentos de Coleta

Foi utilizada a Ficha de Anamnese elaborada pelos autores contendo: informações sociodemográficas como sexo, idade, cidade de origem, grau de escolaridade e situação profissional; informações clínicas como tempo de internação em dias e pontuação na Escala de Rankin Modificada (mRS); informações a respeito de quais terapias e locais de encaminhamento para reabilitação, podendo ser Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou Instituições de Ensino Superior (IES) que atendem de forma gratuita e/ou atendimento particular por opção da família/paciente.

A mRS mensura o grau de incapacidade e dependência nas AVD após o AVC. É uma escala de 7 graus (0-6) na qual quanto maior a pontuação maior é o grau de dependência, sendo que o grau 6 indica o óbito. Ainda, é de rápida e fácil aplicação e apresenta uma confiança interavaliadores substancial, o que indica uma confiabilidade clinicamente

satisfatória, não sendo relatado dificuldades para sua aplicação^{11,12}.

Ainda, utilizou-se o Questionário de Acesso à Reabilitação, elaborado pelos autores, contendo perguntas sobre o estado funcional do paciente que caracteriza a pontuação da mRS, tempo em dias para o início da terapia e locais de acompanhamento após a alta hospitalar. Caso o paciente não estivesse em acompanhamento também era necessário justificar o motivo dentre as seguintes barreiras: dificuldades de transporte, burocracia, falta de vagas nos locais e possíveis desistências por parte dos pacientes.

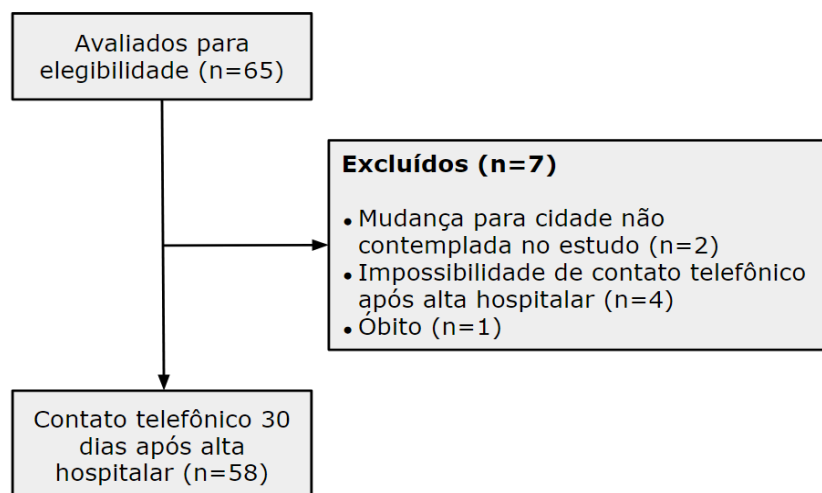
Análise Estatística

Todas as variáveis foram analisadas por meio de estatística descritiva como frequência absoluta, frequência relativa para dados não paramétricos e média e desvio padrão para dados paramétricos. Os dados foram tabulados no *software Microsoft Excel* e após transferidos e analisados no pacote estatístico *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0 para Windows.

RESULTADOS

A análise de dados foi realizada em 58 indivíduos, conforme demonstrado no fluxograma da Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de coleta de dados.



A média de idade da amostra estudada foi de 65,52 anos, sendo a maioria homens (56,9%), com ensino fundamental incompleto (65,5%) e aposentados (56,9%). As características sociodemográficas e clínicas da amostra estão descritas na Tabela 1.

Todos os indivíduos incluídos na amostra receberam encaminhamento para a reabilitação no momento da alta hospitalar, seja para Fisioterapia e/ou Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional, e foram questionados após 30 dias sobre o acesso a estas terapias. Na Tabela 2 estão descritos os encaminhamentos realizados para cada especialidade na alta hospitalar e a quantidade de indivíduos que tiveram acesso em até 30 dias.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Características da amostra n=58	
Idade (anos)	65,52±13,11
Sexo masculino	33 (56,9)
Procedência	
Joinville	37(63,8)
Região*	21 (36,2)
Grau de escolaridade	
Analfabeto	02 (3,5)
Ensino Fundamental incompleto	38 (65,5)
Ensino Fundamental completo	06 (10,3)
Ensino Médio incompleto	04 (6,9)
Ensino Médio completo	06 (10,3)
Ensino Superior completo	02 (3,5)
Situação profissional antes do AVC	
Ativo	14 (24,1)
Afastado/licença	03 (5,2)
Aposentado	33 (56,9)
Inativo	08 (13,8)
Tempo de internação hospitalar (dias)	16,79±10,97
mRS na alta Hospitalar	3,16±1,11
mRS após 30 dias	2,71±1,14

mRS: Escala de Rankin Modificada (0-6); n: Número total da amostra. *Municípios da Região: Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Garuva, Itapoá, Joinville, São Francisco do Sul e São João do Itaperiú.

Tabela 2. Número de pacientes encaminhados para reabilitação na alta hospitalar e que tiveram acesso em até 30 dias.

Terapia	Encaminhamentos f/n (%)	Acesso f/n (%)
Fisioterapia	57/58 (98,3)	36/57 (63,2)
Fonoaudiologia	15/58 (25,9)	04/15 (26,7)
Terapia Ocupacional	32/58 (55,2)	07/32 (21,9)

f: Frequência; n: Número total de pacientes; %: Percentual.

No momento da alta hospitalar os indivíduos foram encaminhados para um ou mais locais de reabilitação. Dentre as possibilidades têm-se as Instituições de Ensino Superior (IES) que oferecem serviços gratuitos, os serviços de reabilitação oferecidos pelo SUS e os serviços particulares. A Tabela 3 contém informações a respeito dos locais de encaminhamento para reabilitação e o acesso a estes serviços em até 30 dias após a alta hospitalar.

Tabela 3. Locais de encaminhamento na alta hospitalar e acesso à reabilitação em até 30 dias após.

Local	Fisioterapia		Fonoaudiologia		Terapia Ocupacional	
	Encaminhamentos	Acesso	Encaminhamentos	Acesso	Encaminhamentos	Acesso
IES	25	04	01	01	14	03
SUS	38	18	12	02	19	02
Particular	13	16	03	01	02	03
TOTAL	76*	38**	16*	04	35*	08**

IES: Instituição de Ensino Superior; SUS: Sistema Único de Saúde. *Encaminhamentos para mais de um local. ** Acesso em mais de um local.

É possível observar que alguns encaminhados foram realizados para mais de um local. Para Fisioterapia, 15 pacientes foram encaminhados para dois locais e 04 para três locais, totalizando 19 encaminhamentos extras. Para Fonoaudiologia, um paciente foi encaminhado para dois locais de reabilitação. Por fim, para Terapia Ocupacional foram 03 pacientes encaminhados para dois locais.

Com relação ao acesso é possível observar que dois pacientes conseguiram acesso a fisioterapia em dois locais e 01 paciente conseguiu acesso à Terapia Ocupacional em dois locais.

Dados com relação à frequência semanal de reabilitação também foram analisados, tendo-se uma frequência de $2,36 \pm 1,10$ dias para Fisioterapia, $1,60 \pm 0,55$ dias para Fonoaudiologia e $2,60 \pm 1,50$ dias para Terapia Ocupacional.

Por fim, os pacientes que receberam encaminhamento para reabilitação, porém não acessaram os serviços dentro de 30 dias após a alta hospitalar foram solicitados a responder perguntas com relação às barreiras encontradas para este acesso. Sendo assim, a Tabela 4 contém informações referentes às barreiras de acesso à reabilitação após a alta hospitalar.

Tabela 4. Barreiras de acesso à reabilitação após a alta hospitalar.

	Fisioterapia	Fonoaudiologia	Terapia Ocupacional
Amostra sem acesso em 30 dias	n=21	n=11	n=24
Dificuldades burocráticas*	01	04	05
Falta de vagas (fila de espera)	16	05	16
Dificuldades com transporte	03	01	01
Desistência da reabilitação	01	01	02

*Falta de encaminhamento, dificuldade de contato com o local e busca por clínica para realizar a reabilitação.

DISCUSSÃO

No presente estudo, os 58 indivíduos incluídos na amostra receberam encaminhamento para um ou mais locais

de reabilitação no momento da alta hospitalar. Neste contexto, um estudo canadense¹³ realizado com 1497 pacientes que receberam uma reabilitação especializada para AVC durante a internação hospitalar demonstrou que 891 (59,5%) foram encaminhados para pelo menos um serviço de reabilitação após a alta hospitalar. Dados estes que diferem do presente estudo, uma vez que todos os pacientes incluídos na amostra foram encaminhados para algum serviço de reabilitação no momento da alta hospitalar, seja com Fisioterapia e/ou Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional. Estes encaminhamentos foram realizados levando-se em consideração as individualidades do paciente, as condições sociodemográficas, além da expertise do profissional.

Similarmente aos achados do presente estudo, outra pesquisa¹⁴ realizada em um hospital público de uma cidade metropolitana do Brasil verificou o número de encaminhamentos para a reabilitação após a alta hospitalar de uma unidade de AVC e observou que a maioria dos participantes foi encaminhada para fisioterapeutas e/ou terapeutas ocupacionais. Por outro lado, menos da metade dos participantes foram encaminhados para fonoaudiólogos. Esta realidade pode ser explicada pelo fato de que a disfunção motora é um dos problemas mais frequentemente encontrados e é a consequência mais evidente após o AVC, uma vez que os déficits motores que levam ao comprometimento da marcha, equilíbrio e redução geral da função física são observados em quase 50% dos casos^{15,16}.

Ainda, este fato também explica o motivo de a Fisioterapia ter sido a especialidade que recebeu o maior número de encaminhamentos no presente estudo, totalizando 98,3% da amostra. Esta realidade difere de um estudo² realizado em um hospital público da Paraíba, composto por uma amostra de 39 indivíduos, no qual observou-se que apesar de mais da metade dos sujeitos apresentarem deficiência classificada entre moderada e grave, 79,5% dos indivíduos não foram encaminhados aos serviços de Fisioterapia.

Com relação ao acesso aos serviços de reabilitação no primeiro mês após a alta hospitalar, sabe-se que o primeiro passo para a continuidade do cuidado é a realização de encaminhamentos de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Entretanto, apenas a realização de encaminhamentos não garante o acesso imediato aos serviços de reabilitação, uma vez que o cuidado no contexto do AVC abrange diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, sendo necessária a continuidade do cuidado para garantir a integralidade¹⁷. Desta forma, após a alta hospitalar é necessário que os sistemas de saúde locais estejam coordenados de forma adequada para acomodar as necessidades destes pacientes, uma vez que o cuidado é ampliado no domicílio com ações das famílias e cuidadores, além do apoio das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS)^{17,18}.

Os resultados do presente estudo demonstram que os maiores índices de acesso à reabilitação foram referentes ao

serviço de Fisioterapia (63,2%), seguidos de Fonoaudiologia (26,7%) e por fim de Terapia Ocupacional (21,9%). Estes dados diferem dos achados de um estudo¹⁹ realizado no estado de Minas Gerais com uma população de 78 indivíduos que receberam alta de uma Unidade de AVC, no qual foram encontrados elevados índices de acesso à reabilitação com Fonoaudiologia (71%), seguidos de Fisioterapia (61%) e por fim de Terapia Ocupacional (23%).

Tal discrepância de resultados expõe a fragilidade da rede de reabilitação disponível para esta população na região, uma vez que demonstram a existência de déficits para o acesso à rede de saúde, principalmente relacionados à reabilitação com Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, comprometendo a integralidade do cuidado.

Ainda, nesta pesquisa foi possível observar que a maior diferença entre o número de encaminhamentos e o acesso em até 30 dias após a alta hospitalar deu-se para Terapia Ocupacional seguida de Fonoaudiologia. Tendo em vista que a maioria dos encaminhamentos foram realizados para a atenção primária, sendo essa a principal referência para cuidados após a alta hospitalar²⁰, o déficit no número de profissionais pode justificar a barreira encontrada referente a falta de vagas.

Neste contexto, um estudo²¹ desenvolvido no Brasil com o objetivo de analisar a distribuição espaço temporal de profissionais da saúde que atuam na reabilitação na atenção primária à saúde corrobora com os achados acima descritos, uma vez que se observou que a disponibilidade de terapeutas

ocupacionais (0,04 profissionais/10 mil habitantes) e fonoaudiólogos (0,14 profissionais/10 mil habitantes) é menor quando comparada com outros profissionais de reabilitação na atenção primária à saúde.

Cabe ressaltar que apesar dos resultados do presente estudo demonstrarem um número maior de acesso à fisioterapia, estes ainda estão aquém das recomendações clínicas para indivíduos com AVC. Sabe-se que a reabilitação deve acontecer de forma precoce e em toda a sua integralidade para que seja possível minimizar as incapacidades, evitar sequelas e proporcionar ao indivíduo o retorno o mais breve possível às suas atividades e participação na comunidade²⁰. Desta forma, justifica-se a necessidade de busca contínua por acesso imediato à reabilitação através do SUS.

No que diz respeito aos locais de acesso à reabilitação, destaca-se que no Brasil, cerca de 80% da população depende exclusivamente do sistema público de saúde e mesmo aqueles que possuem plano de saúde e utilizam serviços privados também podem utilizar os serviços oferecidos pelo SUS¹⁹. Sendo assim, no que diz respeito aos locais de realização de reabilitação, observa-se uma maior quantidade de encaminhamentos realizados para os serviços oferecidos pelo SUS para as três modalidades, uma vez que a amostra foi coletada a partir de um hospital público.

Ainda, quando observamos o acesso a estes serviços, os oferecidos pelo SUS são a maioria para Fisioterapia e Fonoaudiologia, porém ficam atrás dos serviços particulares

e daqueles oferecidos pelas IES para Terapia Ocupacional. As IES presentes no município prestam serviços gratuitos para a comunidade e são extremamente importantes para auxiliar na absorção da demanda de reabilitação gerada após o AVC. Muitas vezes os pacientes são encaminhados para estes locais a fim de obter um atendimento mais individualizado e evitar longos períodos de espera por uma vaga. Entretanto, não são incomuns os casos de pacientes e cuidadores que optam por serviços privados de reabilitação, seja por falta de profissionais no SUS, longas filas de espera por vaga, ou por opção própria.

Outro ponto analisado foi a frequência de reabilitação realizada pelos participantes da amostra. Foi identificada uma frequência média semanal insuficiente diante das atuais evidências de estudos clínicos que apoiam que uma maior duração da terapia de reabilitação contribui para uma melhor recuperação funcional após o AVC²². Além disso, a Diretriz Canadense de Reabilitação pós AVC define que a reabilitação após a alta hospitalar deve ser parecida com a recebida no ambiente hospitalar, incluir equipe interdisciplinar e ser ofertada no mínimo 45 minutos por dia (cada terapia), de 3 a 5 dias por semana, com base nas necessidades e objetivos individuais que cada paciente²³.

Já é consenso que a reabilitação pós AVC realizada com estratégias adequadas e seguindo alguns princípios como intensidade, repetição e especificidade facilitam a neuroplasticidade, auxiliando os circuitos neurais no desenvolvimento de caminhos alternativos para execução

das funções comprometidas, reduzindo o nível de incapacidade desses indivíduos²⁴.

Com relação às barreiras de acesso aos serviços de reabilitação, foi possível identificar a falta de vagas como principal justificativa (Fisioterapia 76,2%; Fonoaudiologia 45,5%; Terapia Ocupacional 66,7%). Estes dados diferem de um estudo⁴ realizado na cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul com 36 indivíduos que receberam alta de um hospital público, que identificou como principal barreira a falta de encaminhamentos, seguida pela escassez de vagas.

Além disso, no presente estudo incluiu-se a falta de encaminhamento como uma dificuldade burocrática e, apesar de todos os pacientes do estudo terem recebido algum encaminhamento no momento da alta hospitalar, esta ainda foi relatada por dois participantes como uma barreira para iniciar a reabilitação. Tal realidade pode indicar uma falha de compreensão e comunicação no momento da alta hospitalar, uma vez que são entregues diversos encaminhamentos e realizadas inúmeras orientações que podem ser fatores de confusão para o sucesso da alta. O envolvimento do paciente e do cuidador na definição dos cuidados após o AVC e a integração dos serviços de saúde são fundamentais para a melhoria dos resultados do acesso, uma vez que o planejamento de alta inadequado e as falhas na comunicação foram previamente descritos como fatores que podem impactar na continuidade da assistência e impossibilitar o engajamento na reabilitação^{17,19}.

Por fim, o presente estudo apresenta limitações como o número pequeno de indivíduos que compõem a amostra, o curto período de seguimento ambulatorial, além de dificuldades com relação à coleta de dados realizada após 30 dias da alta hospitalar. Sugere-se a realização de estudos com amostras maiores e períodos de seguimento ambulatorial prolongados, além da adoção de estratégias de acompanhamento e comunicação entre os níveis de atenção à saúde, possibilitando uma representação mais fidedigna da realidade da reabilitação na região.

CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou que todos os pacientes incluídos na amostra foram encaminhados para algum serviço de reabilitação no momento da alta hospitalar. Isso reflete a eficácia dos protocolos bem estabelecidos na U-AVC e a atuação de uma equipe multiprofissional centrada no paciente, além da importância do planejamento de alta durante o período de internação hospitalar.

No que diz respeito ao acesso à reabilitação, os resultados mostraram que, no município de Joinville e região, o acesso aos serviços de Fisioterapia foi superior ao encontrado na literatura. No entanto, a menor disponibilidade de serviços de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional na rede pública de saúde revelou uma fragilidade que compromete a integralidade do cuidado.

Dado que a maioria da população brasileira depende exclusivamente do SUS para encaminhamentos de

reabilitação, as barreiras de acesso, especialmente a indisponibilidade de vagas, permanecem um desafio significativo. Muitas vezes, pacientes e familiares recorrem aos serviços privados e às IES para obter atendimento adequado. Portanto, é crucial ampliar a oferta de serviços especializados na região estudada para garantir o acesso precoce à reabilitação e continuidade do cuidado pós-AVC.

Por fim, o estudo destaca a necessidade de políticas de saúde que fortaleçam a rede de reabilitação pública, promovendo a acessibilidade e a integralidade do cuidado dos pacientes acometidos por AVC. Recomenda-se a realização de novas pesquisas que explorem estratégias eficazes para superar as barreiras de acesso aos serviços de reabilitação.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Hospital Municipal São José (HMSJ) de Joinville, Santa Catarina, aos participantes do estudo e aos demais colaboradores que auxiliaram na coleta de dados deste estudo.

REFERÊNCIAS

- 1.Bitencourt TC, Santos FMK, 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.Mendes LM, Gadelha IDS, Brito GEG, Moraes RM, Ribeiro KSQS. Acesso De Sujeitos Pós-Acidente Vascular Cerebral Aos Serviços De Fisioterapia. Rev Enferm UFPE 2016;10:387-94.
<https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201602>
- 3.Stinear CM, Lang CE, Zeiler S, Byblow WD. Advances and challenges in stroke rehabilitation. Lancet Neurol 2020;19:348-60.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30415-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30415-6)

- 4.Miranda RE, Schmidt D, Hanauer L, Peralles SRN, Striebel VLW. Avaliação do acesso à fisioterapia após a alta hospitalar em indivíduos com Acidente Vascular Cerebral. Clin Biomed Res 2018;38:245-52. <https://doi.org/10.4322/2357-9730.84737>
- 5.Souto SR, Anderle P, Goulart BNG. Racial inequalities in access to rehabilitation after a stroke: study of the Brazilian population. Cienc Saude Col 2022;27:1919-28. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.09452021>
- 6.Bernhardt J, Urimubenshi G, Gandhi DBC, Eng JJ. Stroke rehabilitation in low-income and middle-income countries: a call to action. Lancet 2020;396:1452-62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31313-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31313-1)
- 7.Ribeiro KSQS, Neves RF, Brito GEG, Sousa KM, Lucena EMF, Batista HRL. Acesso à reabilitação no pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. Rev Bai Saúde Púb 2012;36:699-712. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2012.v36.n3.a548>
- 8.Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2015. (Acessado em: 13/04/2024). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
- 9.Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. Acta Paul Enferm 2013;26:205-12. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200016>
- 10.Preis S, Silva HE, Klitzke FM, Klug AB, Engster MP. Acesso precoce à fisioterapia após a alta hospitalar de uma Unidade de AVC em Joinville. Rev Neurocienc 2024;32:1-21. <https://doi.org/10.34024/rnc.2024.v32.16004>
- 11.Banks JL, Marotta CA. Outcomes validity and reliability of the modified rankin scale: Implications for stroke clinical trials - A literature review and synthesis. Stroke 2007;38:1091-6. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000258355.23810.c6>
- 12.Brito RG, Lins LCRF, Almeida CDA, Neto ESR, Araújo DP, Franco CIF. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. Rev Neurocienc 2013;21:593-9. <https://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.850.7p>
- 13.Janzen S, Mirkowski M, McIntyre A, Mehta S, Iruthayarajah J, Teasell R. Referral patterns of stroke rehabilitation inpatients to a model system of outpatient services in Ontario, Canada: A 7-year retrospective analysis. BMC Health Serv Res 2019;19:1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4236-5>
- 14.Magalhães JP, Faria-Fortini I, Dutra TM, Sant'Anna R, Soares C, Teixeira-Salmela LF, et al. Access to rehabilitation professionals by individuals with stroke one month after hospital discharge from a stroke unit in Brazil is insufficient regardless of the pandemic. J Stroke Cerebrovasc Dis 2023;32:107186. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107186>

15. Einstad MS, Saltvedt I, Lydersen S, Ursin MH, Munthe-Kaas R, Ihle-Hansen H, *et al.* Associations between post-stroke motor and cognitive function: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2021;21:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02055-7>
16. Dorsch S, Ada L, Canning CG. Lower Limb Strength Is Significantly Impaired in All Muscle Groups in Ambulatory People With Chronic Stroke: A Cross-Sectional Study. *Arch Phys Med Rehabil* 2016;97:522-7. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.10.106>
17. Magagnin AB, Heidemann ITSB, Brum CN. Transition of care for stroke patients: an integrative review. *Rev Rene* 2022;23:e80560. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222380560>
18. Meyer MJ, Teasell R, Kelloway L, Meyer SB, Willems D, O'Callaghan C. Timely access to inpatient rehabilitation after stroke: a qualitative study of perceived barriers and potential solutions in Ontario, Canada. *Disabil Rehabil* 2018;40:3120-6. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1377296>
19. Silva SM, Dutra TMFV, Braga MAF, Silva EAM, Faria-Fortini I, Faria CDCM. Predictors of access to healthcare services within 1 month after stroke in a developing country: A longitudinal prospective study. *Physiother Res Int* 2023;28:e2000. <https://doi.org/10.1002/pri.2000>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a Reabilitação de Pessoas com AVC. 2013 (Acessado em: 13/04/2024). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf
21. Silva DB, Santos Sixel TR, Almeida Medeiros A, Santos Mota PH, Bousquat A, Schmitt ACB. The workforce for rehabilitation in primary health care in Brazil. *Hum Resour Health* 2021;19:1-8. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00669-x>
22. Kimura Y, Otake Y, Suzuki M, Masuda H, Kojima I, Tanaka S, *et al.* The effects of rehabilitation therapy duration on functional recovery of patients with subacute stroke stratified by individual's age: a retrospective multicenter study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2022;58:675-82. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.22.07581-5>
23. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, *et al.* Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke* 2016;11:459-84. <https://doi.org/10.1177/1747493016643553>
24. Kleim JA, Jones TA. Principles of Experience-Dependent Neural Plasticity: Implications for Rehabilitation After Brain Damage. *J Speech Lang Hear Res* 2008;51:225-39. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/018\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/018))