

Descrição do processo de alta hospitalar após Acidente Vascular Cerebral e avaliação das barreiras para o tratamento fisioterapêutico após a alta

Description of the hospital discharge process after stroke and evaluation of barriers to physiotherapy treatment after discharge

Mariana Nunes Lúcio

Fisioterapeuta; Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência em Cuidados Intensivos do Hospital Regional Doutor Homero de Miranda Gomes. São José, SC, Brasil;
E-mail: mariananunesln@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5415-3147

Gizelly Nunes Juncks

Fisioterapeuta; Mestre em Fisioterapia; Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência em Cuidados Intensivos do Hospital Regional Doutor Homero de Miranda Gomes. São José, SC, Brasil;
E-mail: gizellynunes@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-5796-4992

Alini Hammes Teixeira

Fisioterapeuta; Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência em Cuidados Intensivos do Hospital Regional Doutor Homero de Miranda Gomes. São José, SC, Brasil;
E-mail: alini.hammes@gmail.com; ORCID: 0009-0000-9235-4612

Contribuição dos autores: MNL contribuiu para a concepção e planejamento da pesquisa, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e revisão de conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. GNJ e AHT contribuíram para a concepção e planejamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e revisão de conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Todas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: As autoras declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 31/08/2023

Aprovado em: 26/02/2025

Editor responsável: Roger Flores Ceccon

Resumo: Este estudo teve como objetivo descrever o processo de alta hospitalar no que se refere ao acompanhamento fisioterapêutico de pacientes diagnosticados com acidente vascular cerebral em um hospital, além de identificar eventuais barreiras para o tratamento fisioterapêutico após a alta. Foram avaliados pacientes pós acidente vascular cerebral e fisioterapeutas das enfermarias do hospital. Para avaliar os pacientes utilizou-se uma ficha de avaliação, a Escala de Rankin Modificada e Mini Exame do Estado Mental. Uma semana após a alta, os pacientes ou responsáveis foram entrevistados por telefone para abordar aspectos relacionados a alta. Trinta dias após a alta, uma nova entrevista foi realizada para identificar barreiras ao acompanhamento fisioterapêutico, além da reaplicação da Escala de Rankin Modificada. Os fisioterapeutas responderam a um formulário com questões sobre o processo de alta dos pacientes. A análise das respostas foi conduzida por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Participaram do estudo 14 pacientes e 7 fisioterapeutas. A análise revelou como ideias centrais as orientações recebidas no momento da alta hospitalar e experiências positivas e negativas relatadas pelos pacientes. Já os fisioterapeutas apontaram sugestões para aprimorar o processo de alta. Observou-se que, após 30 dias, 50% dos pacientes não conseguiram acesso à fisioterapia. Diante disso, destaca-se a importância do acompanhamento fisioterapêutico desde o período de internação, com um planejamento de alta que considere a integralidade e individualidade de cada paciente. Além disso, é fundamental fortalecer o acesso aos serviços de saúde no período pós-alta, garantindo a continuidade do cuidado e da reabilitação.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Fisioterapia; Reabilitação; Serviços de Saúde.

Abstract: This study aimed to describe the hospital discharge process concerning the physiotherapeutic follow-up of patients diagnosed with stroke in a hospital, as well as to identify potential barriers to physiotherapy treatment after discharge. Post-stroke patients and physiotherapists from hospital wards were evaluated. To assess the patients, an evaluation form, the Modified Rankin Scale, and the Mini-Mental State Examination were used. One week after discharge, patients or their caregivers were interviewed by phone to discuss aspects related to the discharge process.

Thirty days after discharge, a new interview was conducted to identify barriers to physiotherapy follow-up, along with the reapplication of the Modified Rankin Scale. The physiotherapists answered a questionnaire regarding the patients' discharge process. The responses were analyzed using the Collective Subject Discourse technique. The study included 14 patients and 7 physiotherapists. The analysis revealed key ideas such as the guidance received at hospital discharge and the positive and negative experiences reported by patients. The physiotherapists, in turn, provided suggestions to improve the discharge process. It was observed that after 30 days, 50% of the patients had no access to physiotherapy. Given this, the importance of physiotherapeutic follow-up from the hospitalization period is highlighted, with a discharge plan that considers the comprehensiveness and individuality of each patient. Moreover, strengthening access to healthcare services in the post-discharge period is essential to ensure continuity of care and rehabilitation.

Keywords: Stroke; Physical Therapy; Rehabilitation; Health Services.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte e incapacidades no mundo, sendo o acidente vascular cerebral (AVC) a segunda maior causa de óbitos e a principal responsável por incapacidades em adultos¹⁻³. No Brasil, os dados referentes à doença evidenciam um grande desafio à saúde pública, visto que os sobreviventes enfrentam limitações nas atividades de vida diária (AVDs) devido às sequelas decorrentes do evento⁴⁻⁶.

A reabilitação fisioterapêutica deve ser iniciada precocemente, ainda no ambiente hospitalar, pois os primeiros três meses são considerados fundamentais para a recuperação funcional dos indivíduos⁷⁻⁹. Do mesmo modo, para aqueles que apresentam comprometimentos motores, a continuidade da reabilitação após a alta hospitalar (AH) é essencial¹⁰.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecida pela Portaria nº 3390/2013, determina que o processo de AH deve garantir a transferência do cuidado, a organização da desospitalização, a orientação ao paciente e/ou cuidador, além da articulação para a continuidade da

assistência em diferentes pontos da rede de atenção e níveis de complexidade¹¹.

O planejamento da AH deve ser embasado no acompanhamento multiprofissional do paciente, considerando aspectos individuais como contexto socioeconômico, limitações físicas e psíquicas, além do ambiente domiciliar e comunitário¹².

Após a alta, pacientes que apresentam sequelas funcionais necessitam realizar a continuidade da reabilitação fisioterapêutica, geralmente por meio das unidades básicas de saúde¹³ e de serviços especializados. No entanto, o acesso a esses serviços pode ser dificultado por barreiras físicas, financeiras e burocráticas^{14,15}. Apesar dessas dificuldades, há poucos estudos que investigam o processo de AH e sua relação com os desafios enfrentados pelos pacientes para acessar a fisioterapia.

Dessa maneira, o objetivo desse artigo é descrever o processo de AH com relação ao acompanhamento fisioterapêutico de pacientes internados por diagnóstico principal de AVC em um hospital público geral da Grande Florianópolis através das percepções dos pacientes ou responsáveis e de profissionais fisioterapeutas sobre o processo de alta hospitalar e as eventuais barreiras encontradas pelos pacientes para a continuidade do tratamento fisioterapêutico após a AH.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e prospectiva. O estudo foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (CAEE: 56626222.7.0000.0113). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Avaliou-se indivíduos com diagnóstico principal de AVC internados nas enfermarias do Hospital Regional Doutor Homero de Miranda Gomes, localizado em São José, Santa Catarina, Brasil e fisioterapeutas que atuam no atendimento desses pacientes nas enfermarias.

Os critérios de inclusão para os pacientes foram: indivíduos com diagnóstico principal de AVC, internados nos setores das enfermarias do hospital; idade acima de 18 anos; acesso a alguma forma de comunicação para contato após a alta hospitalar e comprometimento na realização de AVDs após o AVC com pontuação entre 2 (leve deficiência) e 4 (deficiência moderadamente grave) na escala de Rankin modificada (ERm); ter assinado o TCLE. Foram excluídos pacientes com distúrbios auditivos e/ou da fala que pudessem comprometer a comunicação com o avaliador, os com impossibilidade de contato com um responsável que pudesse responder aos formulários, aqueles com outras deficiências neurológicas não relacionadas ao AVC, como a Doença de Parkinson, impossibilidade de contato após a AH, óbito ou decisão do participante e/ou responsável pela saída do estudo.

Os critérios de inclusão dos profissionais fisioterapeutas foram: profissionais fisioterapeutas que atuam nos setores das enfermarias do hospital e atendam pacientes com sequelas motoras de AVC; ter assinado o TCLE. Os critérios de exclusão foram: decisão do profissional pela saída do estudo.

Para a inclusão dos indivíduos após AVC, foram realizadas buscas em prontuários eletrônicos do hospital e encontrados os pacientes internados nas enfermarias. Após, o pesquisador entrou em contato com o paciente e/ou responsável diretamente nas enfermarias e convidou o mesmo para participar da pesquisa. Durante esse contato inicial, foi verificada a presença de um cuidador principal para os pacientes que necessitassem de assistência contínua, sendo definido este como o responsável e participante das entrevistas em todas as etapas do estudo.

Após a aceitação e assinatura do TCLE, foi aplicada uma ficha de avaliação contendo informações sociodemográficas, dados clínicos e pessoais; além da aplicação da ERm e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Uma semana após a alta hospitalar, foi realizada uma entrevista telefônica com os pacientes ou seus responsáveis, abordando questões sobre o processo de alta. Trinta dias após a alta, uma nova entrevista foi conduzida para identificar possíveis barreiras para o acompanhamento fisioterapêutico e replicar a ERm. Para os fisioterapeutas, a coleta de dados foi feita por meio de um formulário eletrônico via *Google Forms*, com questões norteadoras sobre o processo de AH dos pacientes.

Instrumentos da pesquisa

Ficha de avaliação sociodemográfica

Formulário elaborado pelos pesquisadores com dados clínicos e pessoais dos pacientes, além de informações sociodemográficas e detalhes referentes a seus dados de saúde e sobre o evento do AVC.

Mini Exame do Estado Mental – MEEM

A escala, traduzida e validada para a língua portuguesa, avalia funções cognitivas específicas, como orientação espacial e temporal, memorização imediata e tardia, cálculo, linguagem e habilidades construtivas visuais. Para o cálculo da pontuação, foi utilizada a tabela de pontos de corte sugeridos por Brucki *et al.* (2003)¹⁶, considerando o nível de escolaridade dos participantes. Os participantes que apresentaram pontuação inferior ao ponto de corte foram considerados com alteração cognitiva, e nesses casos, a assinatura do TCLE e as entrevistas via contato telefônico foram realizadas pelos responsáveis.

Escala de Rankin modificada – ERm

Essa escala avalia a independência e o grau de incapacidade na realização de atividades de vida diária após o AVC. Traduzida e adaptada para a população brasileira por Guimarães e Guimarães (2016), a ERm classifica os pacientes em sete níveis, variando de 0 (sem sintomas) a 6 (óbito), permitindo uma avaliação abrangente das limitações funcionais e da participação social dos indivíduos.

Formulário sobre o processo de AH dos pacientes

Formulário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores com questões norteadoras sobre o processo de AH.

Formulário sobre o acompanhamento fisioterapêutico após a AH dos pacientes

Formulário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores com questões norteadoras sobre o seguimento do tratamento fisioterapêutico após a AH.

Formulário sobre o processo de AH dos pacientes para os profissionais

Formulário semiestruturado eletrônico via *Google Forms* elaborado pelos pesquisadores com questões norteadoras sobre o processo de AH dos pacientes atendidos. O formulário foi enviado para os profissionais através de um link via e-mail e o profissional orientado a respondê-lo de forma individual e anonimamente.

Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e armazenados em planilhas do Microsoft Excel. Cada participante recebeu um código identificador para garantir a confidencialidade das informações. As características sociodemográficas e dados clínicos e pessoais foram descritas para cada participante e analisadas por estatística descritiva, sendo utilizadas médias e desvios-padrão para variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas.

Os dados transcritos tanto das entrevistas com os pacientes como dos formulários com os fisioterapeutas foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁸. A técnica consistiu em analisar o material oral coletado nas entrevistas e após, sintetizar as Ideias Centrais (ICs), compondo um ou vários discursos-síntese, os chamados DSCs, e que visam expressar o pensamento de uma coletividade¹⁹.

RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu entre julho e dezembro de 2022. Durante esse período, 64 pacientes com diagnóstico principal de AVC foram internados no hospital. Desses, 17 atenderam aos critérios de inclusão do estudo, contudo, dois foram excluídos devido a óbito e um pela impossibilidade de contato telefônico após a alta hospitalar (AH), totalizando 14 participantes.

Os dados sociodemográficos dos participantes, utilizados para caracterização da amostra, estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos participantes do estudo. São José, 2023.

Variáveis	N (14)	%
Sexo (F/M)	6/8	43/57
Idade (anos)	67,07±16,85	-
Tipo do AVC		
Isquêmico	14	100
Procedência		
Região da Grande Florianópolis	14	100
Estado Civil		
Casado(a)	6	43
Viúvo(a)	5	36
Separado(a)/Divorciado(a)	2	14
Solteiro(a)	1	7
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	6	43
Ensino Fundamental Incompleto	3	22
Analfabeto	2	14
Ensino Médio	2	14
Ensino Superior	1	7
Indivíduos que residiam juntos (antes do AVC)		
Familiares	8	57
Sozinho	5	36
Institucionalizado	1	7
Comorbidades		
Hipertensão Arterial Sistêmica	10	71
Diabetes	6	43
Cardiopatía	4	28,6
Tabagismo	3	21,4
Etilismo	2	14
Outros	4	28,6
Período de Internação (dias)	20±22,05	
Lado do Corpo Afetado		
Hemicorpo Esquerdo	7	50
Hemicorpo Direito	7	50
Fase do AVC que recebeu atendimento fisioterapêutico		
Aguda (1 - 2 dias)	2	14
Subaguda inicial (7 dias - 3 meses)	12	86

AVC: Acidente Vascular Cerebral; MEEM: Mini Exame do Estado Mental.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Quanto ao desempenho cognitivo, avaliado por meio do MEEM, observou-se que um paciente analfabeto obteve pontuação de 16, enquanto os demais, escolarizados, apresentaram média de 21,57±3,35 pontos. No total, oito pacientes foram avaliados. Os demais (n=7) não realizaram a avaliação devido à falta de cooperação, sonolência ou comprometimentos funcionais que impossibilitaram a aplicação do teste.

Com base nos pontos de corte estabelecidos por Brucki et al. (2003), um paciente obteve pontuação superior ao limite e respondeu as entrevistas via contato telefônico. Todos os demais participantes foram considerados com

alteração cognitiva, sendo necessária a assinatura do TCLE e participação nas entrevistas realizadas pelo responsável.

Na avaliação da realização das AVDs após o AVC, por meio da Escala ERm, observou-se que a maioria dos participantes (71,4%) apresentava deficiência moderadamente grave, seguida por deficiência moderada (28,6%). A Tabela 2 apresenta os dados referentes à avaliação (no período da internação hospitalar) e a reavaliação (após 30 dias da AH).

Tabela 2. Escore na Escala de Rankin Modificada. São José, 2023.

Escola de Rankin	Avaliação (Período de internação)	Reavaliação (Após 30 dias da AH)
Score	N (%)	N (%)
2 - Deficiência Leve	0	3 (21,4)
3 - Deficiência Moderada	4 (28,6)	5 (35,7)
4 - Deficiência Moderadamente Severa	10 (71,4)	6 (42,9)

AH: Alta Hospitalar

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Durante a entrevista realizada uma semana após a alta hospitalar, por contato telefônico, os pacientes e/ou seus responsáveis foram questionados sobre o recebimento de orientações no ambiente hospitalar durante o processo de alta. Os dados foram agrupados em categorias de Itens de Classificação (ICs), conforme descrito a seguir.

IC: Orientações dentro do ambiente hospitalar no processo de AH – Deambulação

DSC: “Agora ele já está andando bem melhor. A gente segura na mão dele e ele vai caminhando aos pouquinhos. Lá no hospital ele não caminhava direito e faziam isso com ele, ai ensinaram a gente e a gente faz em casa. Recebemos orientações do fisioterapeuta que atendia ele. Aí ela caminhava segurando na fisioterapeuta e aqui em casa é com a gente. Como minha casa é pequena, ele consegue ir se segurando nos lugares e caminhando devagar. Às vezes com a nossa ajuda, claro. Mas não precisa de andador nada, ele vai sozinho a maioria das vezes”.

IC: Orientações dentro do ambiente hospitalar no processo de AH – Transferências

DSC: “Olha, as meninas que atenderam ela, explicavam bem direitinho sabe, elas tinham esse cuidado de me explicar as coisas. Recebemos orientações do fisioterapeuta que atendia ele de como virar ele pra trocar a fralda, fazer a mudança de posição na cama, depois pra sentar e colocar em pé, eles ensinaram a tirar ela da cama com cuidado. Ela tem um pouco de dificuldade de sair da cama ainda, aí a gente tem que ajudar né. Primeiro eu fiquei observando, porque tenho que ajudar em casa. Depois, o fisioterapeuta ajudou a gente a tirar ela da cama”.

IC: Orientações dentro do ambiente hospitalar no processo de AH – Mobilização

DSC: “Sim, eles explicaram o porquê dos exercícios que faziam com ele e nós fomos orientadas a ajudar a mexer o braço esquerdo e ela a movimentar mais os braços assim e as pernas. A mãe ta melhorando, mas ainda ta com o braço um pouco duro”.

IC: Orientações dentro do ambiente hospitalar no processo de AH – Independência funcional nas AVD's / Posicionamento do membro hemiparético

DSC: “Ele me ensinou que a gente tem que deixar ele fazer as coisas sozinho também, segurar copo, colher. Também a posicionar o braço direito. Ela tinha um pouco de dificuldade já com esse braço e agora acabou piorando, aí ela gosta de ficar mais com a mão assim fechada e a gente coloca ela aberta, diz pra ela deixar a maior parte do tempo aberta”.

Outra questão norteadora da entrevista abordava sobre as experiências positivas e negativas vivenciadas no processo de AH. Os dados referentes às experiências foram agrupados por categorias de ICs.

IC: Experiências positivas com o processo de AH – Elogios

DSC: “Show de bola, tudo muito legal, não tenho queixas, eu gostei do atendimento. Não temos do que reclamar, de outros profissionais até sim. Mas com relação à fisioterapia não temos do que reclamar, vocês foram muito bons com meu esposo. Muito obrigada, querida! Sei que é corrido porque tem muitos pacientes, mas todas foram muito bem com a gente. Eu sei né que o tempo de vocês é curto, mas com a mãe sempre foram muito atenciosas. Achei bem interessante o trabalho de vocês, afinal de contas a pessoa que tem problema igual aconteceu com o meu pai, dificilmente ela vai ficar 100% logo depois né, aí tem que fazer né, é muito importante pra melhorar como um todo”.

IC: Experiências positivas com o processo de AH - Condutas fisioterapêuticas

DSC: “Eu acompanhei uns dois atendimentos com a fisioterapeuta e foi ótimo, faziam bastante coisa com ele. Assim, foram duas né, eu não lembro o nome. Aí mesmo ela não colaborando elas faziam de tudo pra ajuda ela. Elas deixavam ela sentadinha, faziam os exercícios lá para os braços e para as pernas, depois voltavam pra ajudar a voltar ela pra cama. Então a fisioterapia foi ótima. Com a gente ela fica reclamando pra sair da cama, mas com a fisioterapeuta ela sempre saía e não reclamava. Caminhava, fazia os movimentos lá dos braços e das pernas né, sem problema nenhum, foram poucas vezes, mas foi ótimo, obrigada!”.

IC: Experiências negativas com o processo de AH - Falta de orientações

DSC: “Só ali na parte de orientação que a gente quase não recebeu nada, fomos se virando depois quando viemos pra casa. A gente tinha um pouco de dificuldade de fazer quando estava sozinho. Ou tu fica olhando eles fazerem ou tu não aprende nada. Eu sou uma pessoa leiga, não estudei pra isso, então eles deveriam ensinar como fazer. Vai que eu mexo a perna dela errada. Ainda bem que ela é uma pessoa esforçada e se ajuda bastante, porque eu não saberia fazer as coisas assim sozinho. Eles deveriam explicar melhor as coisas não somente para o paciente, mas também para os acompanhantes”.

IC: Experiências negativas com o processo de AH - Poucos atendimentos dentro do ambiente hospitalar

DSC: “Mas acho que a fisioterapia foi pouco que ele fez no hospital. Acho que a fisioterapia no hospital foi poucos dias que ele fez. Ajudou mas não resolveu o problema dele ainda. Ele ganhou alta, mas não tinha melhorado 100% ainda. Mas amanhã ele vai começar a fazer particular porque no posto demora muito. Desde quando ele ganhou alta a gente faz exercícios em casa com ele, ele já ajuda bastante, já ate recuperou alguns movimentos”.

Com relação à prescrição de encaminhamento para a fisioterapia em outros níveis de atenção pela equipe do hospital, 12 (86%) pacientes receberam encaminhamento. Desses, 5 (36%) relataram ter recebido o documento do médico, enquanto 9 (64%) não mencionaram o profissional que realizou o encaminhamento. Entre os pacientes encaminhados, 11 (78,5%) entregaram o encaminhamento nas unidades básicas de saúde do bairro que residem.

Com relação à entrevista realizada 30 dias após a AH, via contato telefônico, os pacientes e/ou responsáveis foram questionados quanto ao acesso aos serviços de fisioterapia. 7 (50%) pacientes não conseguiram acesso aos serviços públicos de fisioterapia em outros níveis de atenção, 3 pacientes (21,5%) estavam na fila de espera pelo município, porém estavam realizando fisioterapia em instituições privadas, 3 (21,5%) realizaram fisioterapia em instituições privadas e também foram chamados para fisioterapia do município de origem e 1 (7%) paciente foi chamado somente pela fisioterapia do município.

Participaram do estudo sete profissionais fisioterapeutas. Cem por cento dos profissionais relataram que atendem pacientes com sequelas motoras de AVC internados no hospital e consideraram a importância da orientação aos pacientes, prática que afirmam realizar regularmente. A tabela 3 apresenta as principais orientações fornecidas pelos profissionais:

Tabela 3. Orientações realizadas pelos fisioterapeutas. São José, 2023.

Orientações	Nº de respostas	
	N	(%)
Posicionamento	6	(86)
Estímulos sensoriais e motores no lado acometido	4	(57)
Funcionalidade	3	(43)
Atividades de vida diária	2	(28)
Exercícios domiciliares	2	(28)
Mobilização precoce	2	(28)
Estímulos cognitivos	2	(28)
Uso de órteses/ adaptações nas AVDs	2	(28)
Marcha	2	(28)
Fisioterapia após a AH	2	(28)
Equilíbrio	1	(14)

AVDs: Atividades de Vida Diária; AH: Alta Hospitalar.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

No formulário semiestruturado, os profissionais foram questionados sobre possíveis melhorias no processo de AH para pacientes com sequelas motoras de AVC. Durante a fase de interpretação, as sugestões foram agrupadas em uma categoria de IC.

IC: Sugestões de melhorias no processo de AH - Encaminhamento para outros pontos na rede

DSC: “Gostaria de ter um fluxo definido, local certo para indicar, contato, endereço. Tem pacientes de vários municípios, ter um fluxo para cada um, em um documento de fácil acesso. Se tivesse um lugar

específico para encaminhá-los... Normalmente oriento a procurar a sua unidade básica de saúde, pois cada município segue um fluxograma. Os pacientes deveriam sair do hospital já com um encaminhamento para continuar a reabilitação com direcionamento para as unidades básicas de saúde (UBS) para atendimento prioritário e participação de grupos terapêuticos após alta ambulatorial o mais próximo possível do bairro que residem. Acredito que os pacientes poderiam ter atendimentos de fisioterapia e reabilitação após alta, além dos atendimentos feitos na UBS. Isso porque a frequência da fisioterapia importa muito na recuperação funcional destes pacientes. Seria atendimento em UBS e também ambulatorial, no próprio hospital ou outro local credenciado”.

DISCUSSÃO

A portaria nº 665/2012 estabeleceu a “Linha de cuidados em Acidente Vascular Cerebral”, que prevê o atendimento e seguimento de pacientes com AVC em todos os níveis de atenção, incluindo os serviços de atenção básica à saúde, serviços de urgência e emergência, unidades especializadas de assistência no âmbito hospitalar, unidades de reabilitação e cuidados ambulatoriais¹². Além disso, o Ministério da Saúde em 2013 instituiu as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral”, com o objetivo de realizar uma assistência pautada na integralidade do cuidado aos indivíduos com AVC, fornecendo orientações para equipes multiprofissionais de saúde especificamente quanto aos cuidados em reabilitação, considerando suas alterações físicas, funcionais e intelectuais²⁰.

De acordo com as políticas públicas direcionadas para a assistência e o cuidado dos pacientes^{12,20}, após o evento do AVC e ainda no ambiente hospitalar, o planejamento de alta do paciente deve iniciar no momento inicial da internação, com o intuito de formular objetivos e estratégias que visem à reabilitação e organização do ambiente domiciliar e familiar, assegurando a continuidade dos cuidados após a AH²¹. A participação do paciente e da família e/ou responsáveis é fundamental durante este período²¹.

A assistência fisioterapêutica deve iniciar a partir do momento em que o paciente esteja clinicamente estável, com a possibilidade de uma avaliação e identificação dos comprometimentos decorrentes do evento, assim como a estruturação de metas para sua recuperação²². A maioria dos estudos

apresentam efeitos positivos com o início da mobilização e a fisioterapia mais intensa na fase aguda do AVC²³. No entanto, alguns demonstram resultados desfavoráveis com o uso da mobilização no período das primeiras 24 horas após o início do evento, considerando que o período ideal e seguro deva ser após 24 horas ou 48 horas^{7,8}. A fisioterapia utiliza estratégias com o objetivo de restaurar e/ou facilitar a habilidade de realizar as atividades cotidianas, auxiliando no desenvolvimento funcional e conseqüentemente na autonomia do paciente^{7,24}.

Durante o desenvolvimento da AH, um dos aspectos mais relevantes na continuidade do processo de recuperação e reabilitação do paciente são as orientações ao paciente e seus familiares²⁵. As informações podem ser repassadas de forma que englobem a integralidade do cuidado ao paciente pós-alta, como mudanças na alimentação, exercícios físicos, uso correto de medicamentos, reconhecimento de sinais e sintomas da doença atual e autocuidado no domicílio²⁶. Ainda com relação a orientações, o excesso pode ser tão desfavorável quanto a sua escassez. Grandes volumes de informações, às vezes, conflitantes e de vários serviços de saúde podem impedir a compreensão adequada pelos pacientes e responsáveis²¹. Diante disso, acredita-se que a educação do paciente, familiares ou cuidadores deva ser realizada em todo o período de internação e não somente durante o período da alta, a fim de que os mesmos apresentem total compreensão de seu quadro clínico e suas necessidades²⁷. Dessa maneira, o gerenciamento da alta hospitalar constitui-se de um instrumento direcionado ao desenvolvimento de intervenções em uma perspectiva de integração entre os diferentes profissionais no ambiente hospitalar e diferentes pontos da rede de atenção à saúde, que pode influenciar positivamente na qualidade de vida dos pacientes, evitando reinternações e melhorando sua condição geral de saúde²⁸. Portanto, deve ser um processo, e não um evento isolado, com orientações e a implantação de um plano de alta com o objetivo de dar segurança para a transferência do indivíduo do hospital para um lugar adequado para sua reabilitação e continuidade da assistência, além de capacitar o cuidador para os cuidados necessários em domicílio²⁹.

Diante de todos os comprometimentos encontrados, os pacientes com sequelas motoras após o processo de alta hospitalar provavelmente necessitarão de cuidados especializados visto que podem se tornar

dependentes para realizar AVDs³⁰. As transições não coordenadas e imprevisíveis podem resultar em problemas na continuidade do cuidado, incluindo escassez de informações sobre a doença, medo e insegurança do paciente e da família em prestar os cuidados após a alta, risco de reinternações e dificuldades em identificar pontos de apoio dentro do sistema de saúde²¹.

Neste estudo, observou-se que 50% da amostra não conseguiu acesso aos serviços públicos de fisioterapia nos primeiros 30 dias de AH, embora 86% tivessem recebido encaminhamento para outros pontos da rede e destes 78,5% levado os encaminhamentos para as unidades básicas de seus respectivos bairros. No estudo de Mendes *et al.*¹⁵, que caracterizou o acesso aos serviços de fisioterapia de sujeitos após AVC, foi observado que 79,5% dos indivíduos não haviam recebido encaminhamento para fisioterapia após a AH, resultado diferente do encontrado em nosso estudo, onde apenas 14% não recebeu¹⁴. Ainda no mesmo estudo, quando questionados sobre o acesso aos serviços de saúde após a AH, observou-se que 50% dos indivíduos iniciaram a reabilitação em até 2 semanas da AH¹⁴, resultados semelhantes aos encontrados em nosso estudo, onde 50% dos pacientes iniciaram fisioterapia (pública ou privada) em até 4 semanas da AH. Em outro estudo realizado em um hospital público de Porto Alegre, apenas 19% dos pacientes tiveram acesso aos serviços de fisioterapia em um período de 30 dias após a AH e 39% após 60 dias da AH³¹.

Silva *et al.*³² reforça a ideia de que as barreiras no acesso aos serviços de fisioterapia e reabilitação podem ocorrer diante de situações financeiras, físicas ou de gestão, afastando os usuários dos serviços de saúde e interferindo na resolutividade do tratamento. Neste trabalho, observamos que aqueles indivíduos com encaminhamento após a AH que não conseguiram acesso aos serviços de saúde aguardavam na fila de espera da fisioterapia do município de origem. Para Ferrer e colaboradores³³ a dificuldade no acesso aos serviços de média complexidade, com pacientes com necessidades específicas como aqueles com sequelas pós-AVC, pode ser desassistida por causa de alta demanda e tempo prolongado de espera por assistência³³. Outros estudos ainda evidenciam que existe uma maior disponibilidade de reabilitação em países desenvolvidos, enquanto países subdesenvolvidos continuam a enfrentar barreiras³⁴, como investimentos

insuficientes, falta de recursos humanos, restrições de transporte, informações limitadas, falta de apoio comunitário ou social, comunicação ineficaz com profissionais de saúde, planejamento de alta inadequado, falta de conhecimento e conscientização dos pacientes sobre a importância da reabilitação ambulatorial^{13,14,35} e a falta de treinamento da equipe multidisciplinar³⁶.

Cem por cento dos profissionais da pesquisa relataram que orientam os pacientes durante o processo de AH, porém percebe-se que entre os profissionais existe uma heterogeneidade de informações, onde determinadas orientações são realizadas em menor proporção que outras, o que pode interferir no cuidado continuado após a AH dos pacientes. Além disso, os profissionais também relataram que a falta de um fluxo de encaminhamento bem definido para outros pontos da rede de atenção interfere nas orientações relacionadas à procura da continuidade do tratamento fisioterapêutico, nessa perspectiva, é importante haver a articulação entre os serviços que compõem a rede de atenção, desde a alta complexidade até a Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo o vínculo entre os diferentes atores envolvidos no processo e promovendo a integralidade do cuidado ao usuário e família²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência fisioterapêutica tem uma função importante no contexto da reabilitação multidisciplinar de pacientes com sequelas motoras de AVC por contribuir para a prevenção de complicações e melhora do estado funcional, repercutindo na qualidade de vida dos pacientes. A reabilitação deve iniciar de forma precoce, no ambiente hospitalar e prosseguir para os outros níveis de atenção da rede, o que pode ser prejudicado por barreiras e limitações de acesso aos serviços de fisioterapia após a AH. A identificação de barreiras e limitações para a continuidade do acompanhamento dos pacientes é crucial para uma melhor integração dos serviços de saúde.

O planejamento da alta hospitalar deve ser realizado desde o momento inicial de internação do paciente e considerar a integralidade e singularidade de cada indivíduo. Nesse sentido, condutas com o intuito de aperfeiçoar o gerenciamento da alta hospitalar, como a utilização de orientações para o

paciente e/ou responsáveis e o correto encaminhamento para outros pontos da rede, podem garantir a continuidade da assistência ao paciente.

As percepções relatadas pelos pacientes ou responsáveis do estudo podem contribuir para o fortalecimento do acesso a serviços de saúde para pacientes com AVC em todos os níveis de atenção e orientar quanto ao planejamento e aprimoramento de políticas públicas de saúde. Além disso, de acordo com os discursos relatados pelos profissionais do hospital, ações de educação permanente em saúde devem ser realizadas com o objetivo de estimular entre os fisioterapeutas e a própria equipe multidisciplinar, a aquisição de conhecimentos, habilidades e condutas que proporcionem um melhor gerenciamento do cuidado e segurança nos processos assistenciais durante o período de internação hospitalar e alta dos pacientes, aperfeiçoando continuamente a qualidade da assistência prestada para a população.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Rehabilitation 2030. The need to scale up rehabilitation. [Internet] 2018 [citado 13 fev. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>.
2. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol* [Internet]. 2021 [citado 13 fev. 2022];20(10):795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
3. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). 10 principais causas de morte no mundo [Internet]. 2020 [citado 14 fev. 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>
4. Rosa CT, Zonta MB, Lange MC, Zétola VDHF. Qualidade de vida: preditores e desfechos após acidente vascular cerebral em um hospital público brasileiro. *Arq Neuro-Psiquiat* [Internet]. 2023 [citado 10 fev. 2024];81:2-8. doi:10.1055/s-0042-1758364.
5. Brasil. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT). Principais causas de morte [Internet]. 2017 [citado 02 jan. 2022]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/>
6. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2020 [citado 17 mar. 2022];115(3):308-439. doi:10.36660/abc.20200812.
7. Brernhardt J, Langhorne P, Lindley RI, Thrift AG, Ellery F, Collier J, et al. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2015 [citado 03 mar. 2022];386(9988):46-55. doi:10.1016/S0140-6736(15)60690-0.

8. Sundseth A, Thommessen B, Ronning OM. Outcome after mobilization within 24 hours of acute stroke: a randomized controlled trial. *Stroke* [Internet]. 2012 [citado 03 mar. 2022];43(9):2389-94. doi:10.1161/STROKEAHA.111.646687.
9. Wen T, Liu B, Wan X, Zhang X, Zhang J, Zhou X. Elderly stroke rehabilitation: overcoming the complications and its associated challenges. *Current Gerontol Geriatr Res* [Internet]. 2018 [citado 10 jan. 2022];2018:9853837. doi:10.1155/2018/9853837.
10. Sousa AR, Ribeiro KSQS. A rede assistencial em fisioterapia no município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. *Rev Bras Cienc Saude* [Internet]. 2011 [citado 14 abr. 2022]. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10836>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 10 fev. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.
12. Pereira AB, Ferreira JL. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2015 [citado 10 fev. 2024];13(01):67-88. doi:10.1590/1981-7746-sip00024.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 10 mar. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html.
14. Cacho RDO, Moro CHC, Bazan R, Guarda SNFD, Pinto EB, Andrade SMMDS, et al. Access to rehabilitation after stroke in Brazil (AREA study): multicenter study protocol. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2022 [citado 18 fev. 2024];80(10):1067-74. doi:10.1055/s-0042-1758558.
15. Mendes LM, da Silva GID, Brito EG, Moraes MR, Ribeiro KS. Acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral aos serviços de fisioterapia. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 [citado 17 fev. 2022];10(2):387-94. doi:10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201602.
16. Brucki S, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-psiquiatr* [Internet]. 2003 [citado 17 fev. 2022];61(3B):777-81. doi:10.1590/S0004-282X2003000500014.
17. Guimarães RB, Guimarães RB. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. *Rev Bras Neurol* [Internet]. 2004 [citado 17 fev. 2022];40(3):5-13.
18. Lefèvre F, Lefèvre, AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa [monografia]. Caxias do Sul: EDUCS. 2000 [acesso 15 fev. 2022]. 138 p.
19. Lefevre AMC, Crestana M, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU", São Paulo-2002. *Saude Soc* [Internet]. 2003 [citado 10 mar. 2022];12:68-75. doi:10.1590/S0104-12902003000200007.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde [Internet]. 2013 [citado 10 fev. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes/diretrizes-de-atencao-a-reabilitacao-da-pessoa-com-acidente-vascular-cerebral.pdf/view>.

21. Magagnin AB, Heidemann ITSB, De Brum CN. Transição do cuidado à pessoa com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Rev Rene* [Internet]. 2022 [citado 08 nov. 2022];23:e80560. doi:10.15253/2175-6783.20222380560.
22. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S. Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke* [Internet]. 2016 [citado 10 nov. 2022];11(4):459–84. doi:10.1177/1747493016643553.
23. Chan B. Effect of increased intensity of physiotherapy on patient outcomes after stroke: an economic literature review and cost-effectiveness analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2015 [citado 03 dez. 2022];15(7):1-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561763/>
24. Langhorne P, Wu O, Rodgers H, Ashburn A, Bernhardt J. A very early rehabilitation trial after stroke (AVERT): a Phase III, multicentre, randomized controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2017 [citado 04 dez. 2022];39(54):46–55. doi:10.3310/hta21540.
25. Waring J, Bishop S, Marshall F, Tyler N, Vicker R. An ethnographic study comparing approaches to inter-professional knowledge sharing and learning in discharge planning and care transitions. *J Health Org Managem* [Internet]. 2019 [citado 05 fev. 2024];33(6):677-94. doi:10.1108/JHOM-10-2018-0302.
26. Feil Weber LA, Lima DSMA, Acosta AM, Maques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [citado 15 dez. 2022];22(3):e47615. doi:10.5380/ce.v22i3.47615.
27. Fisher MMJB, Marcon SS, Barreto MS, Batista VC, Marquete VF, Souza RR. Cuidando de familiar com sequela de acidente vascular cerebral: os primeiros dias em casa após alta hospitalar. *Rev Mineira Enferm* [Internet]. 2021 [citado 05 jan. 2023];25:31385. doi:10.5935/1415.2762.20210033.
28. Bernardino E, Sousa SMD, Nascimento, JDD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [citado 05 jan. 2023];26:e20200435. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435.
29. Camargo PF, André LD, Lamari NM. Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do sistema único de saúde. *Arq Cien Saude* [Internet]. 2016 [citado 05 jan. 2023];23(3):38-43. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-23-3/edicao-completa-23-3-2016.pdf.
30. Sá FM. Análise do perfil epidemiológico e compreensão da experiência de cuidadores informais de pacientes em pós-AVC: estudo multimétodos [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu. 2021. 83 p. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/e9840005-8573-4c6e-9066-b46988b08781/content>
31. de 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. *Clinical Biomed Res* [Internet]. 2018 [citado 08 jan. 2023];38(3):245-52. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/84737>

32. Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. *Interface Comunic Saude Educ* [Internet]. 2014 [citado 05 jan. 2023];18(48):75-86. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180130050006.pdf>
33. Ferrer MLP, Silva ASD, Silva JRKD, Padula RS. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. *Fisioter Pesq* [Internet]. 2015 [citado 12 jan. 2023];22(3):223-30. doi:10.590/1809-2950/13038422032015.
34. Bernhardt J, Urimubenshi G, Gandhi DB, Eng JJ. Stroke rehabilitation in low-income and middle-income countries: call to action. *Lancet* [Internet]. 2020 [citado 05 dez. 2022];396(10260):1452-62. doi:10.1016/S0140-6736(20)31313-1.
35. Baatiema L. An ecological approach to understanding stroke experience and access to rehabilitation services in Ghana: a cross-sectional study. *Health Social Care Commun* [Internet]. 2021 [citado 05 jan. 2023];29(5):67-78. doi:10.1111/hsc.13243.
36. Khan F, Amatya B, Groote W, Owolabi M, Syed IM, Hajjoui A, et al. Capacity-building in clinical skills of rehabilitation workforce in low- and middle-income countries. *J Rehabil Med* [Internet]. 2018 [citado 10 jan. 2023];50(5):472-79. doi:10.2340/16501977-2313.