

## O acesso de indivíduos após-acidente vascular encefálico aos serviços de fisioterapia: revisão integrativa da literatura

### Access of individuals after stroke to physiotherapy services: integrative literature review

Itália Castro Sampaio<sup>1</sup> Tácia Machado<sup>2</sup> <sup>1</sup>Autora para correspondência. Faculdade de Ciências e Empreendedorismo (Santo Antônio de Jesus). Bahia, Brasil. [fisio.italia@outlook.com](mailto:fisio.italia@outlook.com)<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil. [taciachado.cm@gmail.com](mailto:taciachado.cm@gmail.com)

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** O acidente vascular encefálico (AVE) pode causar dependência nas atividades de vida diária dos indivíduos e, para minimizar esses danos, é fundamental que o acesso aos serviços de reabilitação seja imediato e ininterrupto. **OBJETIVO:** Investigar o acesso à reabilitação fisioterapêutica de indivíduos após o AVE. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual foi realizada uma busca on-line nas bases de dados Scielo, Pubmed, Lilacs, PEDro, Cochrane e Scopus. De forma complementar, foram realizadas buscas secundárias nas listas de referências dos estudos analisados. A pesquisa restringiu artigos publicados entre os anos de 2009 a 2019, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol, com descritores específicos. No total foram identificados 129 artigos, dos quais 7 foram selecionados para análise nesta revisão após aplicar os critérios de inclusão e exclusão. **RESULTADOS:** Com base no que foi revelado pela pesquisa, mais da metade dos indivíduos entrevistados não foram encaminhados aos serviços de fisioterapia, sendo que as principais barreiras relatadas foram a dificuldade de acesso físico-financeiro aos serviços e de dar continuidade ao tratamento. Outro dado de destaque é o pequeno percentual de usuários com problemas neurológicos identificados na rede de fisioterapia ambulatorial. **CONCLUSÃO:** De maneira geral, o acesso a reabilitação fisioterapêutica foi classificado como insuficiente na maioria dos estudos analisados. É nessa perspectiva que se percebe a importância da reorganização dos serviços de saúde, ressaltando a necessidade da inserção do profissional Fisioterapeuta nas Equipes de Saúde da Família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidente vascular cerebral. Acesso à reabilitação. Fisioterapia. Acessibilidade aos serviços de saúde. Reabilitação.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** Stroke can cause dependence on the activities of daily living of individuals and, to minimize these damages, it is essential that access to rehabilitation services be immediate and uninterrupted. **OBJECTIVE:** To investigate the access to physical therapy rehabilitation of individuals after a stroke. **MATERIALS AND METHODS:** This study is an integrative literature review, in which an online search was performed in the databases Scielo, Pubmed, Lilacs, PEDro, Cochrane and Scopus. In a complementary way, secondary searches were carried out in the lists references of the analyzed studies. The research restricted articles published between the years 2009 to 2019, written in Portuguese, English and Spanish, with specific descriptors. In total, 129 articles were identified, of which 7 were selected for analysis in this review after applying the inclusion and exclusion criteria. **RESULTS:** Based on what was revealed by the research, more than half of the interviewed individuals were not referred to physiotherapy services, and the main barriers reported were the difficulty of physical and financial access to services and to continue treatment. Another highlight is the small percentage of users with neurological problems identified in the outpatient physiotherapy network. **CONCLUSION:** In general, access to physical therapy rehabilitation was classified as insufficient in most of the studies analyzed. It is in this perspective that the importance of the reorganization of health services is perceived, emphasizing the need for the insertion of the professional Physiotherapist in the Family Health Teams.

**KEYWORDS:** Stroke. Access to rehabilitation. Physiotherapy. Health services accessibility. Rehabilitation.

## Introdução

O acidente vascular encefálico (AVE) resultante do fluxo sanguíneo limitado ao tecido encefálico, é uma das causas mais importantes de morbimortalidade em todo o mundo e pode causar déficits de várias funções sensório- motoras<sup>1</sup>.

A morte por AVE diminuiu na última década, sendo atualmente a quinta principal causa de morte nos Estados Unidos. Além disso, a incidência de novos e recorrentes episódios está diminuindo, provavelmente devido ao aumento do uso de medicamentos de prevenção específicos, como estatinas e anti-hipertensivos<sup>2</sup>.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2.231 milhões de indivíduos foram diagnosticados com AVE no Brasil. Correspondendo a 1,6% para homens e 1,4% para mulheres, com predominância nas faixas etárias acima de 75 anos<sup>3</sup>. Embora as taxas de mortalidade por AVE tenham diminuído no Brasil, observaram-se diferenças no declínio entre as regiões, sendo que as taxas mais altas prevaleceram nas regiões Norte e Nordeste do país<sup>4</sup>.

O AVE é classificado como isquêmico, caracterizado pela oclusão parcial ou total do fluxo sanguíneo de uma artéria cerebral, ou hemorrágico que ocorre quando há uma ruptura de um vaso sanguíneo em uma área encefálica<sup>5</sup>. Os isquêmicos constituem 87% dos casos<sup>1</sup> e as complicações hemorrágicas estão associadas a um prognóstico especialmente ruim<sup>6</sup>.

Existem diversos fatores de risco relacionados ao AVE, dentre os quais podemos destacar a idade, viuvez, tabagismo prévio e atual, hipertensão arterial, doença cardíaca coronariana e baixa escolaridade. Como podemos observar, alguns desses fatores são modificáveis, sendo necessária a implementação de políticas de saúde pública<sup>7</sup>.

O quadro clínico decorrente de um AVE resulta em deficiências ou dependência para a execução das atividades de vida diária (AVDs), provocando consequências psicológicas, físicas e financeiras nos indivíduos, familiares e serviços de assistência à saúde<sup>8</sup>.

De acordo com dados da World Stroke Organization um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVE ao decorrer da vida. Os indivíduos que são acometidos pelo AVE frequentemente necessitam de uma atenção hospitalar, e isto gera gastos, tanto sociais como econômicos<sup>9</sup>.

O processo de reabilitação de indivíduos após AVE ganha destaque, podendo melhorar a capacidade física, funcional e/ou mental, promovendo a reinserção e reintegração das pessoas com deficiência à sociedade<sup>10</sup>.

Nesse contexto da reabilitação neurofuncional, a assistência fisioterapêutica tem um papel de destaque por contribuir para a redução de quadros algicos, prevenção de complicações, melhora do estado funcional e colaborar na adaptação às limitações decorrentes do AVE<sup>11</sup>.

Segundo a Constituição Federal Brasileira de 1988, todo cidadão possui o direito à saúde e é dever do Estado permitir meios que assegurem o acesso igualitário e universal as ações e serviços de saúde<sup>12</sup>. Toda pessoa com deficiência tem o direito de receber atendimento nos serviços de saúde, especialmente nos serviços de reabilitação, a fim de melhorar a sua funcionalidade, propiciando mais autonomia e independência para estes indivíduos<sup>13</sup>.

A intervenção fisioterapêutica deve acontecer o quanto antes, de preferência ainda na fase intra-hospitalar, pois os pacientes que receberam atendimento fisioterapêutico após o AVE tiveram um tempo de internação em média de 8,7 dias, enquanto os pacientes que não receberam nenhum tipo de atendimento por parte deste profissional, permaneceram por cerca de 16 dias internados, retardando assim de maneira significativa a alta hospitalar<sup>14</sup>.

Na contemporaneidade, os recursos utilizados pelo fisioterapeuta são cada vez mais baseados em evidências científicas, temos como principais recursos utilizados a estimulação elétrica funcional (FES), biofeedback com eletromiografia, terapia de contensão induzida, treinamento das atividades funcionais, treino da marcha e equilíbrio, realidade virtual, órteses e cinesioterapia<sup>15</sup>.

Evidencia-se, assim, a relevância de pesquisas acerca do acesso aos serviços de fisioterapia por indivíduos após o AVE. Essas investigações podem fornecer subsídios para a ampliação do conhecimento no âmbito do cuidado à saúde desse segmento, bem como servir de ferramenta para aprimorar as estratégias de acesso existentes, visando garantir a integralidade no cuidado.

Partindo desse pressuposto, o objetivo geral deste estudo é investigar o acesso à reabilitação fisioterapêutica de indivíduos após o AVE. E os objetivos específicos são: descrever o perfil sócio demográfico dos indivíduos após o AVE; relatar de que forma é realizada a reabilitação fisioterapêutica de indivíduos após o AVE; apresentar quais as dificuldades enfrentadas para obter o acesso a reabilitação fisioterapêutica.

## Materiais e métodos

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, do tipo descritiva. Os artigos foram selecionados a partir de uma busca criteriosa nas fontes de informações: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro), Cochrane e Scopus.

Os descritores utilizados foram: "Stroke". "Access to rehabilitation". "Physiotherapy". "Health services accessibility". "Rehabilitation", e seus respectivos termos em português, ligadas pelo operador booleano AND. Buscas secundárias foram realizadas nas listas de referências dos estudos analisados para complementar a busca.

O processo de busca e análise dos artigos foi realizado entre o período de julho a outubro de 2019. Os seguintes critérios de inclusão foram adotados em relação aos artigos: todas as categorias de artigo

(original, revisão de literatura, relato de experiência); artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; aqueles publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, com período de publicação entre os anos de 2009 a 2019. Foram excluídos resumos de dissertações ou teses acadêmicas, artigos que investigassem o acesso a reabilitação em outras condições que não fossem o AVE e trabalhos sem disponibilidade de texto completo livre.

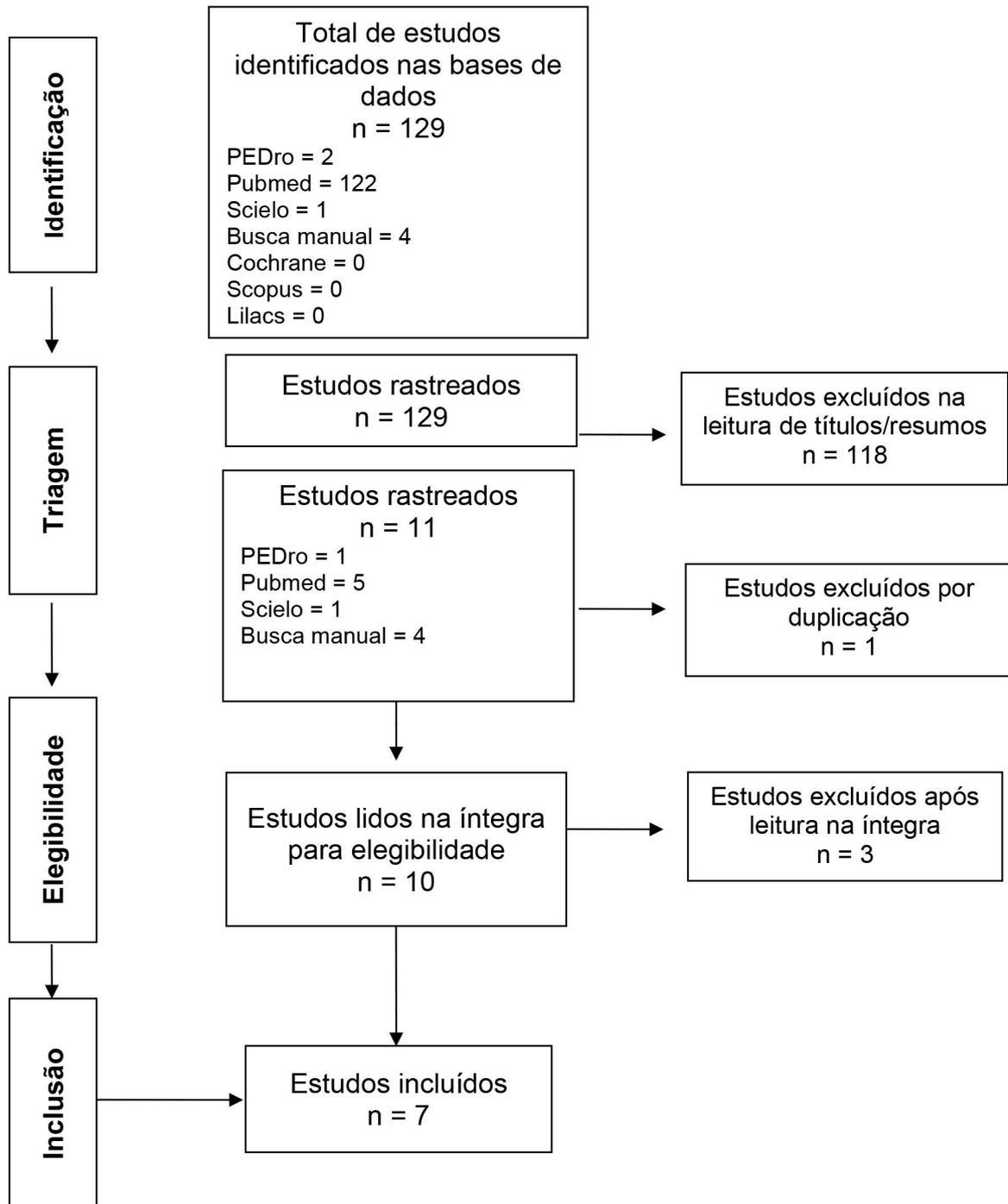
A escala Physiotherapy Evidence Database (PEDro) foi aplicada para avaliação da qualidade metodológica do Ensaio Clínico Randomizado (ECR) incluído. O ECR foi pontuado independentemente por dois investigadores e discordâncias foram resolvidas por um terceiro examinador. (Tabela 1)

## Resultados

Na busca realizada foram encontrados 129 artigos a partir dos descritores, no qual 122 foram do Pubmed, 2 da PEDro, 1 do Scielo e 4 através da busca manual. Dos 122 encontrados no Pubmed, 99 artigos foram excluídos por leitura de títulos e outros 18 foram excluídos por leitura dos resumos, finalizando um total de 05 artigos selecionados para serem lidos na íntegra. Na PEDro, 2 dos estudos encontrados, 1 foi excluído pela leitura do título e 1 selecionado para leitura na íntegra. No Scielo o único artigo encontrado foi selecionado para leitura na íntegra. Na busca manual os 4 artigos encontrados foram selecionados para leitura na íntegra. Nas bases de dados Cochrane, Scopus e Lilacs não foi encontrado nenhum artigo. Dos 11 estudos selecionados, 1 foi excluído por duplicação. Ao final restaram 10 artigos para a leitura completa.

Após a leitura dos 10 artigos, apenas 7 obedeciam aos critérios de inclusão deste estudo e estes foram selecionados para análise desta revisão integrativa. A estratégia de busca e seleção está sumarizada na Figura 1.

Figura 1. Busca e seleção de estudos para revisão integrativa da literatura



Fonte: Os autores (2019).

No quadro 1, encontram-se as informações gerais sobre cada artigo, listando as características do tamanho da amostra, objetivo do estudo, desfecho e resultados encontrados.

**Quadro 1.** Resumo das informações contidas nos artigos selecionados (continua)

AUTOR/ ANO	AMOSTRA	OBJETIVO	DESFECHO	RESULTADOS
<b>Hall P, Williams D, Hickey A, Brewer L, Mellon L, Dolan E, et al, 2016</b>	256 (148 homens e 108 mulheres)	Avaliar o perfil de incapacidade, reabilitação, adesão com recomendações de reabilitação e necessidades de pacientes, 6 meses após a internação hospitalar por AVC.	Escala de Rankin modificada - MRS	A idade média foi de 69 anos, 86% foram encaminhados a equipe multidisciplinar do hospital, já 59% foram encaminhados para todos os serviços (Fisioterapia, Terapia ocupacional e Fonoaudiologia), 54% dos pacientes (atendidos pela equipe multidisciplinar) foram encaminhados para reabilitação ambulatorial, no momento da alta. Desses 119 pacientes, 112 (95%) afirmaram ter recebido reabilitação comunitária, 55% dos participantes relataram ter recebido assistência de uma única especialidade. A frequência de terapia recomendada era semanalmente, 51% dos pacientes relataram um atraso nos serviços, com alguns ainda aguardando atendimento 6 meses após a alta.
<b>Leite HR, Nunes APN, Corrêa CL 2009</b>	51 (ambos os sexos)	Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com hemiplegia no município de Diamantina, MG, e implementar ações conjuntas entre a universidade e as autoridades locais da região estudada, para criar políticas locais de saúde de atendimento a esses pacientes	Mini exame do estado mental	Dos 82 pacientes cadastrados nas unidades de ESF, 51 foram contatados em seus domicílios e entrevistados usando roteiro semiestruturado. A média de idade foi 67,8 e o tempo de AVE, de 6,7 anos; 50% eram analfabetos e 41,2% mantinham-se com 1 salário mínimo por mês, 35,3% nunca tinham feito fisioterapia após o AVE.
<b>Lucena EMF, Morais JD, Batista HRL, Mendes LM, Silva KSQR, Neves RF, et al. et al., 2011</b>	140 (67,06 homens e 72,94 mulheres)	Descrever e analisar os componentes Atividade e Participação da CIF entre os usuários com AVE, adscritos na área de cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF's) do município de João Pessoa e suas associações com o acessibilidade à reabilitação.	Classificação Internacional de funcionalidade - CIF	Constatou-se maior comprometimento nas categorias: Uso fino da mão, Recreação e Lazer, Deslocar-se e Fala no grupo dos participantes que tiveram acessibilidade aos serviços de reabilitação, indicando que a dificuldade nestas atividades provoca no indivíduo a necessidade de inserção nos serviços destinados a reabilitação.
<b>Lucena EMF, Ribeiro KSQS, Moraes RM, Neves RF, Brito GEG,</b>	152 (ambos os sexos)	Determinar a associação de incapacidades da função do corpo avaliados de acordo com a Classificação Internacional de	A dimensão da função do corpo da Classificação Internacional de funcionalidade - CIF	As funções que foram significantes ( $p < 0,05$ ) foram funções relacionadas ao tônus muscular ( $OR = 2,38$ ), funções relacionadas ao movimento voluntário

**Quadro 1.** Resumo das informações contidas nos artigos selecionados (conclusão)

AUTOR/ ANO	AMOSTRA	OBJETIVO	DESFECHO	RESULTADOS
<b>Santos RNLC; 2017</b>		Funcionalidade, (CIF) com o encaminhamento de indivíduos vítimas de AVC aos serviços de reabilitação na cidade de João Pessoa-Paraíba		(OR = 2,60), funções emocionais (OR = 2,22) e funções sexuais (OR = 3,92).
<b>Mendes LM, Gadelha IDS, Brito GEG, Ribeiro K; 2016</b>	39 (ambos os sexos)	Caracterizar o acesso aos serviços de fisioterapia de sujeitos após o AVC	Escala Modificada de Rankin	66,7% dos pacientes apresentavam deficiência classificada de moderada a grave; 30,8% tiveram acesso aos serviços de fisioterapia; 41,7% utilizaram o serviço público para a marcação; 66,7% realizaram a fisioterapia em domicílio; 58,3% pagaram pelo serviço e realizaram duas a três sessões semanais e 50% entre 11 e 20 sessões. No momento da entrevista, apenas 50% estavam em tratamento.
<b>Olaleye OA, Hamzat TK, Owolabi MO; 2013</b>	56 (27 homens e 29 mulheres)	Investigar a viabilidade e eficácia clínica da reabilitação do AVC de um centro de saúde primário em comparação com a reabilitação domiciliar com o objetivo de melhorar o acesso a serviços de fisioterapia em países de baixa renda.	Stroke Levity Scale - SLS	Entre grupos comparação usando o Modelo Linear Geral não revelou diferença estatisticamente significativa os escores pré e pós-intervenção dos dois grupos no MMAS, SF-PASS, RNLI e velocidade de caminhada no PHCG e no DG (p40.05). No entanto, a comparação dentro do grupo rendeu uma diferença estatisticamente significativa em cada um dos índices de recuperação do AVC medidos, período de 10 semanas em ambos os grupos.
<b>Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS; 2014</b>	45 (27 sexo masculino e 18 sexo feminino)	Conhecer a percepção de usuários dos serviços de fisioterapia ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campo Grande-MS, sobre a resolutividade da atenção e barreiras enfrentadas.	Discurso do Sujeito Coletivo – DSC	Foram entrevistados 45 usuários, em sete clínicas de fisioterapia conveniadas ao SUS. Os motivos de procura pela fisioterapia foram distúrbios osteomioarticulares (93,3%) e neurológicos (6,7%). A maioria dos entrevistados considerou a fisioterapia como resolutiva (86,6%). As dificuldades foram relacionadas ao acesso, sendo limitantes as questões físico-financeiras e burocráticas.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Na tabela 1, está a qualificação metodológica do ECR de acordo com a escala PEDro.

**Tabela 1.** Qualificação do estudo de acordo com a escala PEDro

Autor/ Ano	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Pontuação total
<b>Olaleye OA, Hamzat TK, Owolabi MO; 2013</b>		X	X	X	X	X				X	X	7/10

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

NOTA: O item 1, critério de elegibilidade, não entra na pontuação final. Os outros itens são: 2) alocação randômica; 3) ocultação de alocação; 4) comparação no baseline; 5) cegamento dos participantes; 6) cegamento dos terapeutas; 7) cegamento dos avaliadores; 8) seguimento adequado; 9) análise por intenção de tratar; 10) comparação entre os grupos; 11) estimativa de efeito e variabilidade. Cada resposta positiva gera 1 ponto na escala, que resulta na avaliação de 0-10 pontos.

Pode-se constatar que 71,44% (5 artigos) foram publicados em periódicos nacionais<sup>16-20</sup> e 28,56% (2) foram publicados em periódicos estrangeiros<sup>21,22</sup>. Os países de origem dos artigos estavam assim distribuídos: Brasil (BR) 71,44% (5)<sup>16-20</sup>, Nigéria (NGA) 14,28% (1)<sup>22</sup>, Irlanda (IRL) 14,28% (1)<sup>21</sup>.

Na classificação dos estudos quanto ao recrutamento da amostra, a seleção dos sujeitos através do cadastro de indivíduos na Equipe / Unidade de Saúde da Família (USFs) prevaleceu em 42,84% dos estudos<sup>16,17,20</sup>, seguido do hospital em 35,7% dos estudos<sup>18,21,22</sup>, e 21,42% em clínicas de fisioterapia<sup>19,22</sup>.

O tamanho da amostra total dos estudos foi de 739 participantes, composta por indivíduos de ambos os sexos, com predominância do masculino. A média de idade dos sujeitos compreendeu 63,07 anos, todos acometidos por AVE, sendo que o tipo isquêmico foi o que mais prevaleceu<sup>16-22</sup>.

No entanto, um estudo mostrou uma porcentagem significativa para faixa etária entre 40 e 59 anos, evidenciando o aparecimento do AVE também em adultos jovens<sup>18</sup>.

Três estudos apontaram que mais da metade dos indivíduos entrevistados não foram encaminhados aos serviços de fisioterapia<sup>17,18,20</sup>. Dois estudos abordaram que a maioria dos participantes tinham sido

submetidos ao tratamento fisioterapêutico, no entanto poucos sujeitos estavam realizando este tipo de tratamento na época da pesquisa<sup>16,21</sup>.

Um artigo mostrou que as principais barreiras relacionadas pelos pacientes foram as dificuldades de acesso físico-financeiro aos serviços e a continuidade do tratamento, sendo notável o pequeno percentual de usuários com problemas neurológicos identificados na rede de fisioterapia ambulatorial do município<sup>19</sup>.

Outro estudo destacou que a assistência fisioterapêutica em um centro de saúde primário produz resultados semelhantes em comparação com o mesmo serviço prestado no local de domicílio dos pacientes<sup>22</sup>.

Em relação ao plano terapêutico nenhum dos estudos incluídos descreveram quais abordagens eram realizadas no serviço de reabilitação, apenas um descreveu a periodicidade dos atendimentos, que tiveram início até 4 semanas após o AVE e duração de aproximadamente 8 semanas<sup>18</sup>.

De acordo com a avaliação da qualidade metodológica pela escala PEDro, o ECR<sup>22</sup> incluído neste estudo obteve pontuação 7/10. Houve maior perda de pontuação nos itens 7 (cegamento dos avaliadores), 8 (seguimento adequado) e 9 (análise por intenção de tratar).

## Discussão

A elaboração deste artigo surgiu da necessidade de uma atualização sobre o tema que ainda é pouco explorado, apesar de ser muito abordado em situações cotidianas. Os resultados encontrados demonstram a dificuldade do acesso que as pessoas que necessitam de atenção fisioterapêutica ainda enfrentam, durante o processo de reabilitação.

O estudo de Silva et al.<sup>19</sup> reforça que barreiras físicas, financeiras e burocráticas distanciam os usuários dos serviços de reabilitação e, conseqüentemente, na resolatividade do tratamento. Este resultado corrobora com Assis e Jesus que associaram a baixa renda à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, alegando que as pessoas pertencentes às classes sociais economicamente prejudicadas buscam menos ou apresentam maior dificuldade de usufruir de tais serviços<sup>23</sup>. Dessa forma sugere-se a necessidade da reorganização das redes de atenção à saúde para garantir o encaminhamento, bem como a ampliação dos serviços de fisioterapia.

Levando em consideração as especialidades envolvidas no processo de reabilitação, verificou-se que a abordagem fisioterapêutica tem sido a mais demandada no pós-AVE em relação à serviços como terapia ocupacional e fonoaudiologia<sup>21</sup>. Um estudo realizado com profissionais especialistas em saúde da família sobre cuidados após AVE mostrou que 37,7% referiram que o tratamento do AVE na APS deve ser feito por equipe multiprofissional, sendo que 39,9% dos encaminhamentos são realizados para fisioterapeutas e 11,8% para fonoaudiólogos e para nutricionistas<sup>24</sup>. O processo de reabilitação deve ser multiprofissional, no entanto as afecções mais visíveis sejam as sequelas motoras, com base nisso, pode-se justificar a procura pelo profissional fisioterapeuta ser a mais comum.

Em relação ao encaminhamento aos serviços de fisioterapia, mais da metade dos indivíduos relataram que não foram encaminhados após o acometimento pelo AVE<sup>16,17,19-21</sup>. Contudo, a literatura apresenta divergências em relação a essa problemática, em um estudo realizado com médicos e enfermeiros apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, apontou que 77,3% dos profissionais encaminham pacientes após-AVE para a fisioterapia<sup>25</sup>. Com isso podemos notar achados diferentes entre as pesquisas, mas

devemos destacar que o fisioterapeuta é um profissional de primeiro contato, ou seja não depende do encaminhamento de outros profissionais.

Segundo Lucena e colaboradores<sup>17</sup> a amostra estudada desfrutou de um alto nível de acesso aos serviços de reabilitação, particularmente em relação a entrada no serviço. No entanto, a mesma situação não ocorreu em relação à continuação do tratamento porque a maioria dos indivíduos não estavam realizando tratamento durante a pesquisa.

O que corrobora com os achados do estudo de Machado e Nogueira<sup>26</sup> onde os participantes classificaram o acesso como difícil, revelando que os usuários enfrentaram dificuldades em aspectos como: locomoção, distância das clínicas de fisioterapia em relação a suas residências, problemas financeiros e longo período de deslocamento para os locais de atendimento. Grande parte dos sujeitos relatam que a maior dificuldade não é ter acesso ao serviço, e sim manter a periodicidade do tratamento devido a questões burocráticas, financeiras e físicas.

O período de tratamento durou aproximadamente até oito semanas após a alta hospitalar, com a frequência dos atendimentos, sendo 2 a 3 vezes na semana, com uma média de 11 a 20 sessões em domicílio, com recursos financeiros próprios dos sujeitos e/ou de seus familiares<sup>18</sup>. Enquanto outro estudo descreveu que 6 meses após o episódio do AVE, alguns indivíduos ainda estavam aguardando pelo serviço da fisioterapia<sup>21</sup>.

Duncan et al.<sup>27</sup> afirmam que o processo de reabilitação deve ser iniciado o mais breve possível após o AVE, pois as chances de recuperação são maiores, reduzindo as sequelas funcionais e prevenindo possíveis comorbidades. O tratamento fisioterapêutico deve ser iniciado ainda na fase hospitalar, e após a alta o contato regular com o fisioterapeuta precisa ser mantido.

Em uma análise de sete clínicas de fisioterapia conveniadas ao SUS, os motivos de maior procura pela fisioterapia foram distúrbios osteomioarticulares, representando cerca de 93,3% dos casos e apenas 6,7% foram afecções neurológicas<sup>19</sup>. Fréz e Nobre<sup>28</sup> encontraram dados semelhantes em seu estudo, no qual 89% dos atendimentos foram

relacionados a sintomas osteomusculares, e apenas 3% por causas neurológicas. Este dado nos mostra o número baixo em atendimento ambulatorial na especialidade de fisioterapia neurofuncional, possivelmente este fato pode estar relacionado às queixas como locomoção dos usuários e condições econômicas.

Quando se comparou a assistência fisioterapêutica em um centro de reabilitação e no domicílio dos pacientes, concluiu-se que não há diferenças significativas entre os locais de atendimento, entretanto houve uma pequena preferência pelos pacientes em realizar o tratamento em suas casas<sup>22</sup>. Este fato pode ser justificado pois os pacientes que recebem reabilitação em domicílio têm um melhor ajuste para incapacidade residual<sup>29</sup>. As limitações funcionais dos sujeitos são mais observadas durante a tentativa de realização das AVDs, com isso são mais fáceis de serem adaptadas durante o atendimento fisioterapêutico no ambiente domiciliar.

Como foi evidenciado neste estudo o AVE isquêmico foi o mais frequente, uma vez que este é o tipo mais comum, representando cerca de 85% dos casos<sup>1</sup>. Ações preventivas de saúde, em especial nas comunidades mais carentes devem ser intensificadas a fim de minimizar o surgimento de novos casos.

A pontuação obtida pelo ECR<sup>22</sup> na escala PEDro foi 7/10, indicando um estudo com qualidade metodológica moderada. Contudo, a quantidade de ECRs disponíveis na literatura sobre o assunto ainda é escassa.

A média de idade dos sujeitos compreendeu 63,07 anos<sup>16-22</sup>. No entanto, um estudo mostrou uma porcentagem significativa para faixa etária entre 40 e 59 anos, evidenciando o aparecimento do AVE também em adultos jovens<sup>18</sup>. Na grande maioria estando relacionado a fatores de risco cardiovasculares modificáveis, como diabetes, obesidade, hipertensão arterial e sedentarismo<sup>30</sup>.

As funções mais afetadas foram as relacionadas ao tônus muscular, relacionadas ao controle do movimento e as emocionais<sup>17</sup>. De acordo com BAI et al.<sup>31</sup> as disfunções motoras adquiridas após o AVE geram grande impacto nas AVDs dos indivíduos, demandando uma maior atenção por parte da família e sociedade.

Devido as diversas sequelas deixadas pelo o AVE o indivíduo sofre perda da sua independência funcional, necessitando de ajuda para realização das AVDs, A fisioterapia tem um papel essencial na recuperação total e/ou parcial da funcionalidade destes sujeitos.

## Considerações finais

De uma maneira geral, o acesso a reabilitação fisioterapêutica foi classificado como insuficiente na maioria dos estudos analisados, estando relacionado diretamente a questões físicas, financeiras, de deslocamento, por falta de encaminhamento/orientação e por motivos burocráticos.

Nessa perspectiva percebe-se a importância da reorganização dos serviços de saúde, em seus diversos níveis de atenção, ressaltando a necessidade da inserção do profissional Fisioterapeuta nas Equipes de Saúde da Família (ESF), principalmente nas comunidades mais distantes dos grandes centros, com o objetivo de garantir o acesso aos serviços de fisioterapia, tratando assim as sequelas acarretadas pelo AVE e prevenindo complicações da doença, através de um acompanhamento profissional gratuito e continuado.

Sugere-se ainda a ampliação dos serviços de fisioterapia vinculados ao SUS, em localidades distintas dentro dos municípios, a fim de minimizar questões como a dificuldade de deslocamento dos sujeitos, e paralelo a isto, maior inserção de Fisioterapeutas para atuar nesses serviços. Assim, devido ao pequeno número de estudos encontrados, se faz necessária a elaboração de novas pesquisas com dados atualizados para que os resultados possam ser mais explorados.

## Contribuições das autoras

Sampaio IC e Machado TC participaram da concepção, delineamento, busca dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados e redação do artigo científico.

## Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

## Referências

1. Koh S, Park H. Neurogenesis in Stroke Recovery. *Transl Stroke Res.* 2016;8:3-13. doi: [10.1007/s12975-016-0460-z](https://doi.org/10.1007/s12975-016-0460-z)
2. Guzik A, Bushnell C. Stroke Epidemiology and Risk Factor Management. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2017;23(1, Cerebrovascular Disease):15-39. doi: [10.1212/CON.0000000000000416](https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000416)
3. Bensenor IM, Goulart AC, Szwarcwald CL, Vieira MLFP, Malta DC, Lotufo PA. Prevalence of Stroke and associated disability in Brasil: National Health Survey-2013. *Arq Neuropsiquiatria.* 2015;73(9):746-750. doi: [10.1590/0004-282X20150115](https://doi.org/10.1590/0004-282X20150115)
4. Passos VMA, Ishitani LH, Franco GC, Lana GC, Abreu DMX, Marinho MF et al. Consistent declining trends in stroke mortality in Brazil: mission accomplished? *Arq Neuropsiquiatria.* 2016;74(5):376-381. doi: [10.1590/0004-282X20160055](https://doi.org/10.1590/0004-282X20160055)
5. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S et al. Guidelines for the primary prevention of stroke. A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association. *American Stroke Association. Stroke.* 2011;42(2):517-84. doi: [10.1161/STR.0b013e3181fcb238](https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3181fcb238)
6. Mendivil AO, Alcalá-Galiano A, Ochoa M, Salvador E, Millán JM. Brainstem stroke: anatomy, clinical and radiological findings. *Semin Ultrasound CT MR.* 2013;34(2):131-141. doi: [10.1053/j.sult.2013.01.004](https://doi.org/10.1053/j.sult.2013.01.004)
7. Copstein L, Fernandes JG, Bastos GAN. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2013;71(5):294-300. doi: [10.1590/0004-282X20130024](https://doi.org/10.1590/0004-282X20130024)
8. Roth EJ. Trends in stroke rehabilitation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine.* 2009;45(2):247-54.
9. Huang YC, Hu CJ, Lee TH, Yang JT, Weng HH, Lin LC et al. The Impact Factors on the Cost and Length of Stay among Acute Ischemic Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013;22(7):152-8. doi: [10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.10.014](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.10.014)
10. Javier NSC, Montagnini ML. Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. *J Palliat Med.* 2011;14(5):638-48. doi: [10.1089/jpm.2010.0125](https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0125)
11. Huang HC, Chung KC, Lai DC, Sung SF. The impact of timing and dose of rehabilitation delivery on functional recovery of stroke patients. *J Chin Med Assoc.* 2009;72(5):257-64. doi: [10.1016/S1726-4901\(09\)70066-8](https://doi.org/10.1016/S1726-4901(09)70066-8)
12. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. [Internet]. 2010. Disponível em: [http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2015/08/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2015/08/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)
14. Motta E, Natalio MA, Waltrick PT. Intervenção fisioterapêutica e tempo de internação em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc.* 2008; 16(2):118-123. doi: [10.34024/rnc.2008.v16.8648](https://doi.org/10.34024/rnc.2008.v16.8648)
15. Terranova TT, Albieri FO, Almeida MD, Ayres DVM, Cruz SF, Milazzotto MV et al. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Acidente vascular cerebral crônico: reabilitação. *Acta Fisiatr.* 2012;19(2):50-9. doi: [10.5935/0104-7795.20120011](https://doi.org/10.5935/0104-7795.20120011)
16. Lucena EMF, Morais JD, Batista HRL, Mendes LM, Silva KSQR, Neves RF et al. A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação. *Acta Fisiatr.* 2011;18(3):112-118.
17. Lucena EMF, Ribeiro KSQS, Moraes RM, Neves RF, Brito GEG, Santos RNLC. Relationship between body functions and referral to rehabilitation post-stroke. *Fisioter Mov.* 2017;30(1):141-150. doi: [10.1590/1980-5918.030.001.ao15](https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.001.ao15)
18. Mendes LM, Gadelha IDS, Brito GEG, Moraes RM, Ribeiro KSQS. Acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral aos serviços de fisioterapia. *Rev Enferm.* 2016;10 (2):387-394. doi: [10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201602](https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201602)
19. 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.* 2014;18(48):75-86. doi: [10.1590/1807-57622013.0264](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264)
20. Leite HR, Nunes APN, Corrêa CL. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG. *Fisioter Pesqui.* 2009;16(1):34-9. doi: [10.1590/S1809-29502009000100007](https://doi.org/10.1590/S1809-29502009000100007)
21. Hall P, Williams D, Hickey A, Brewer L, Mellon L, Dolan E et al. Access to Rehabilitation at Six Months Post Stroke: A Profile from the Action on Secondary Prevention Interventions and Rehabilitation in Stroke (ASPIRE-S) Study. *Cerebrovasc Dis.* 2016;42(3-4):247-54. doi: [10.1159/000446080](https://doi.org/10.1159/000446080)

22. Olaleye OA, Hamzat TK, Owolabi MO. Stroke rehabilitation: should physiotherapy intervention be provided at a primary health care centre or the patients' place of domicile? *Disabil Rehabil, Early Online*. 2013;36(1):49-54. doi: [10.3109/09638288.2013.777804](https://doi.org/10.3109/09638288.2013.777804)
23. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saúde Colet*. 2012;17(11):2865-75. doi: [10.1590/S1413-81232012001100002](https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002)
24. Aziz AFA, Nordin NAM, Aziz NA, Abdullah S, Sulong S, Aljunid SM. Care for post-stroke patients at Malaysian public health centres: self-reported practices of family medicine specialists. *BMC Fam Pract*. 2014;15:40. doi: [10.1186/1471-2296-15-40](https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-40)
25. Anderle P, Rockenbach SP, Goulart BNG. Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas fonoaudiológicos por enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde. *CoDAS*. 2019;31(2). doi: [10.1590/2317-1782/20182018015](https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018015)
26. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(5):401-8.
27. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke*. 2005;36(9):100-43. doi: [10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF](https://doi.org/10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF)
28. Fréz AR, Nobre MIRS. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. *Fisioter Mov*. 2011;24(3):419-428. doi: [10.1590/S0103-51502011000300006](https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000300006)
29. Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or hospital for stroke Rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: II: cost minimization analysis at 6 months. *Stroke*. 2000;31(5):1032-7. doi: [10.1161/01.str.31.5.1032](https://doi.org/10.1161/01.str.31.5.1032)
30. Pereira SRS, Braga CA, Garcia EC, Teixeira AL. Acidente vascular encefálico em adultos jovens: análise de 44 casos. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(4):514-518.
31. Bai YL, Li L, Hu YS, Wu Y, Xie PJ, Wang SW et al. Prospective, Randomized Controlled Trial of Physiotherapy and Acupuncture on Motor Function and Daily Activities in Patients with Ischemic Stroke. *J Altern and Complement Med*. 2013;19 (8):684-9. doi: [10.1089/acm.2012.0578](https://doi.org/10.1089/acm.2012.0578)