

ARIANE RIBAS TONETI DOS SANTOS

**ATENDIMENTO DE REABILITAÇÃO FÍSICA AO PACIENTE PÓS-AVC: A
VISÃO DO FISIOTERAPEUTA**

JOINVILLE/SC

2020

ARIANE RIBAS TONETI DOS SANTOS

**ATENDIMENTO DE REABILITAÇÃO FÍSICA AO PACIENTE PÓS-AVC: A
VISÃO DO FISIOTERAPEUTA**

Projeto de pesquisa apresentado como dissertação de Mestrado do programa de pós-graduação em Saúde e Meio ambiente (PPGSMA) da Universidade da Região de Joinville, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde e Meio Ambiente. Orientador: Antonio Vinicius Soares e Norberto Luiz Cabral (*In Memoriam*)

Joinville/SC

2020

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

Santos, Ariane Ribas Toneti dos

S237a Atendimento de reabilitação física ao paciente pós-AVC: a visão do
fisioterapeuta/ Ariane Ribas Toneti dos Santos; orientadores Dr. Antonio Vinicius
Soares e Dr. Norberto Luiz Cabral. – Joinville: UNIVILLE, 2020.

73 p.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de
Joinville)

1. Acidente vascular cerebral - Pacientes - Reabilitação. 2. Acidente vascular
cerebral - Fisioterapia. I. Soares, Antonio Vinicius (orient.). II. Cabral, Norberto
Luiz (orient.). III. Título.

CDD 616.81

Elaborada por Ana Paula Blaskovski Kuchnir – CRB-14/1401

Termo de Aprovação

“Atendimento de Reabilitação Física ao Paciente Pós-AVC: Um Survey sobre a Visão do Fisioterapeuta”

por

Ariane Ribas Toneti dos Santos

Dissertação julgada para a obtenção do título de Mestra em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.

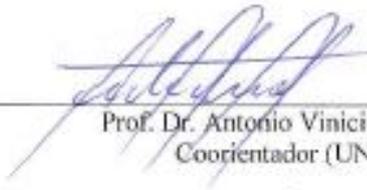


Prof. Dr. Antonio Vinicius Soares
Coorientador (UNIVILLE)

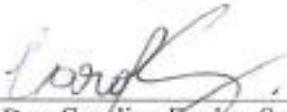


Profa. Dra. Marta Jussara Cremer
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Antonio Vinicius Soares
Coorientador (UNIVILLE)



Profa. Dra. Caroline Evelyn Sommerfeld
(ACE)



Prof. Dr. Helbert do Nascimento Lima
(UNIVILLE)

SUMÁRIO

1. TÍTULO DA PESQUISA	7
2. TÍTULO PRINCIPAL DA PESQUISA.....	8
3. IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES.....	9
4. DESENHO DA PESQUISA.....	10
5. FINANCIAMENTO.....	11
RESUMO	12
6. INTRODUÇÃO.....	14
7. HIPÓTESE.....	17
8. OBJETIVOS DA PESQUISA	18
8.1 Objetivo geral	18
8.2 Objetivos específicos	18
9. REVISÃO DE LITERATURA	19
9.1 Acidente Vascular Cerebral: definição e aspectos epidemiológicos.....	19
9.3 Reabilitação	22
10. METODOLOGIA	25
10.1 Aspecto ético.....	25
10.2 Desenho e local do estudo.....	26
10.3 Participantes do estudo	26
10.4 Critérios de inclusão.....	26
10.5 Critérios de exclusão.....	27
10.6 Coleta de dados.....	27
10.7 Análise de dados	29
10.8 Avaliação de riscos e benefícios da pesquisa	29
11. DESFECHOS	31
11.1 Desfecho primário	31
12. DADO DO PRIMEIRO RECRUTAMENTO.....	32
13. FONTES SECUNDÁRIAS.....	33
14. RESULTADOS.....	34
15. DISCUSSÃO.....	38

16. CONCLUSÃO.....	44
17. DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA BASEADOS NOS DESFECHOS.....	45
18. ORÇAMENTO	46
19. CRONOGRAMA.....	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES.....	53
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO – FISIOTERAPEUTAS.....	56
APÊNDICE C – ARTIGO.....	59

1. TÍTULO DA PESQUISA

Atendimento de reabilitação física ao paciente pós-AVC: a visão do fisioterapeuta.

2. TÍTULO PRINCIPAL DA PESQUISA

Atendimento de reabilitação física ao paciente pós-AVC: a visão do fisioterapeuta.

3. IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

PESQUISADOR	
Nome: Ariane R. Toneti dos Santos	Data de nascimento: 12/07/1992
RG: 10.512.426-0	CPF: 083.822.309-54
Endereço: Rua Monte Cristo, 201, Guanabara	
Telefone: (47) 9608-2645	e-mail: ariane.toneti@gmail.com

PESQUISADOR	
Nome: Norberto Luiz Cabral	Data de nascimento: Dado ocultado
RG: Dado ocultado	CPF: Dado ocultado
Endereço: Dado ocultado	
Telefone: (47) 9285-5160	e-mail: norbertocabral@icloud.com

PESQUISADOR	
Nome: Antonio Vinicius Soares	Data de nascimento: Dado ocultado
RG: Dado ocultado	CPF: Dado ocultado
Endereço: Dado ocultado	
Telefone: (47) 8805-2939	e-mail: antonio.vinicius@univille.br

4. DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal descritivo.

5. FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

Introdução: O AVC atualmente é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo atualmente a segunda principal causa de morte e considerada a doença mais incapacitante. Um terço dos pacientes acometidos pelo AVC sobrevive com incapacidades permanentes durante toda a vida, e mais da metade dos pacientes necessitam de reabilitação para minimizar as sequelas e reestabelecer o nível de independência funcional. Nesse contexto, o profissional fisioterapeuta tem grande relevância, pois cabe a ele identificar as funções sensório-motoras comprometidas e estimulá-las, com o objetivo de melhorar a funcionalidade do indivíduo acometido, reestabelecendo sua inserção no meio social e conseqüente melhoria na qualidade de vida. **Objetivo:** O principal objetivo desse trabalho foi analisar os principais aspectos do atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-AVC na visão do próprio profissional da área. **Metodologia:** Foram encaminhados questionários via internet sobre a reabilitação física pós-AVC para fisioterapeutas atuantes no estado de Santa Catarina. O envio do questionário se deu através de endereço eletrônico e aplicativo de conversa via smartphone. As respostas foram analisadas utilizando estatística descritiva padrão. **Resultados:** Fizeram parte deste estudo um total de 102 fisioterapeutas atuantes no estado de Santa Catarina, sendo o maior número de respostas concentrados na microrregião de Joinville. A faixa etária desses fisioterapeutas é de 35 a 50 anos, e a maior parte (54,1%) afirmou ter especialização para atender pacientes com sequela de AVC. 72,2% desses profissionais atuavam em algum serviço público de saúde. As técnicas/abordagens identificadas como mais utilizadas no atendimento de pacientes pós-AVC foram a cinesioterapia, essa citada por 40 dos respondentes, a Abordagem Bobath referida por 29, seguida do Método Kabat, referido por 22 dos profissionais entrevistados. Com relação a escala funcional utilizada houve predomínio das escalas de MIF e CIF. Grande parte dos fisioterapeutas 58,8% concorda que o atendimento a paciente com sequela de AVC é mais complexo, e 62% consideram a remuneração para esse atendimento inadequada, entretanto 82,4% desses profissionais gostam de atender a esses pacientes. **Conclusão:** Os resultados expressos nos estudos demonstram

fragilidades quanto à qualificação dos fisioterapeutas atuantes no estado de Santa Catarina no processo de reabilitação pós-AVC, bem como a insatisfação desses profissionais quanto à remuneração atribuída para o desenvolvimento dessa atividade. Mostra-se necessário investimento em melhor formação profissional e maior valorização do profissional. Entretanto mesmo perante as dificuldades encontradas os profissionais demonstraram satisfação em participar do processo de reabilitação desses indivíduos, mostrando grande potencial de humanização e atenção com os que necessitam da ajuda desses profissionais. Dessa maneira fica evidente a necessidade de investimento na capacitação profissional, sobretudo na educação continuada, como nas especializações ou residências, e sem dúvida, uma maior valorização do profissional para que esse apresente entusiasmo e motivação para atuar no manejo de pacientes com tamanha complexidade.

Palavras Chave:

Acidente Vascular Cerebral, Reabilitação, Fisioterapia (DeCS).

6. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é atualmente considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo responsável por 5,5 milhões de mortes anualmente, foi apontado assim como a segunda principal causa de morte no Mundo em 2018, e tido na atualidade como a doença mais incapacitante de acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2020; OMS, 2018). Sendo ainda que a incidência da doença tem aumentado exponencialmente em países de baixa e média renda como o Brasil, sendo observada uma incidência 40% maior de letalidade do que em países de alta renda (HANKEY et al., 2013; GO et al., 2014).

Apesar dos índices expressivos de letalidade, o AVC é responsável por uma grande carga de sequelas e de incapacidade, sendo responsável por 44 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade (DALYs) anualmente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 2005 e 2015 houve um aumento de 22% nos DALYs associados ao AVC isquêmico (AVCI) (MUKHERJEE; PATIL, 2011; OMS, 2018). A incapacidade também atinge os países de baixa e média renda mais intensamente, já que esses tiveram 77% mais DALY's do que países de alta renda (HANKEY et al., 2013; GO et al., 2014; AVEZUM et al., 2015).

Em 2013 um estudo epidemiológico com o objetivo de mensurar o número de pacientes com incapacidade pós-AVC foi realizado no Brasil. Os resultados apontaram 2.231.000 indivíduos com sequela de AVC, e desses, 568.000 apresentando incapacidade grave, ficando dependentes do auxílio de terceiros para realizar atividades da vida diária, em diferentes níveis de atenção (PERLINE et al., 2007) (BRASIL, 2013).

Um terço dos pacientes acometidos pelo AVC sobrevive com incapacidades permanentes durante toda a vida, sendo que 70% não retornam as atividades laborais após a doença e cerca de 50% tornam-se dependentes de outras pessoas para as atividades do cotidiano. No Brasil, um estudo de coorte de Campos, et al, mostrou que que um terço dos sobreviventes de AVC apresentam dependência funcional durante

o primeiro ano após o acometimento (DONNAN et al., 2008; ABDUL AZIZ et al., 2017; DE CAMPOS et al., 2017).

A incapacidade física ocasionada por doenças como o AVC é responsável pelo afastamento dos indivíduos das atividades laborais, e conseqüente redução das rendas familiares e redução da produtividade. O ônus ocasionado pelo AVC para a sociedade brasileira é imenso, em 2007, o país perdeu cerca de US\$ 2,7 bilhões em produto interno bruto na saúde com cuidados relacionados somente a doenças cardíacas (DCV), AVC e diabetes (DM) (CABRAL 2009; MARTINS et al., 2013).

Tendo em vista o impacto da doença mais da metade dos pacientes acometidos pelo AVC necessitam de reabilitação, essa tem como objetivo devolver a capacidade de realizar tarefas, mesmo que algum grau de incapacidade permaneça (RIBERTO et al., 2005; OMS, 2006). A reabilitação assume um papel de extrema importância, pois almeja atribuir certo grau de independência, melhorando a qualidade de vida do paciente e consecutivamente promovendo a reintegração social (TOMÁS et al., 2009).

A importância da fisioterapia na reabilitação pós-AVC é apontada como acelerador da recuperação, com a capacidade de minimizar as incapacidades dos indivíduos com sequelas de AVC, melhorando a realização das atividades diárias e aumentando sua autonomia (DALTRO, 2018), produzindo resultados positivos para pessoas com problemas cerebrovasculares e neurológicos (OMS, 2017).

Nesse contexto, o profissional fisioterapeuta tem grande relevância, pois cabe a ele identificar as funções comprometidas e estimulá-las, com o objetivo de melhorar a funcionalidade do indivíduo acometido, reestabelecendo sua inserção no meio social e conseqüente melhoria na qualidade de vida (CECATTO; ALMEIDA, 2008). Sendo assim vale ressaltar a importância do conhecimento do fisioterapeuta sobre os instrumentos de avaliação e as intervenções adequadas para a reabilitação dessa população (LANGHAMMER; STANGHELLE; LINDMARK, 2008)

Contudo diversas vezes a falta de percepção dos gestores de saúde sobre o impacto das sequelas após o AVC e a necessidade de reabilitação leva a dificuldades na prestação desses cuidados, sendo principalmente associada à desordem nos

serviços, tornando falha a abordagem com relação à reabilitação pós-AVC, impossibilitando a atuação do fisioterapeuta em quantidade e qualidade suficientes, capaz de responder às demandas de cuidado nas diversas áreas (BARROS, 2014; ABDUL AZIZ et al., 2017).

Com isso o principal objetivo desse estudo é explorar os principais aspectos do atendimento fisioterapêutico ao paciente pós AVC na visão do fisioterapeuta, e avaliar a necessidade de um programa de um programa de educação permanente em saúde dos profissionais dessa área para aprimorar o atendimento desses pacientes.

7. HIPÓTESE

O número de fisioterapeutas especializados para o atendimento dos pacientes pós-AVC não é suficiente para a demanda existente. Assim, pode haver comprometimento da qualidade desse serviço prestado.

8. OBJETIVOS DA PESQUISA

8.1 Objetivo geral

Analisar os principais aspectos do atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-AVC na visão do próprio profissional da área.

8.2 Objetivos específicos

- Traçar um perfil dos fisioterapeutas que atendem pacientes pós-AVC;
- Descrever as características e a percepção sobre a atuação no atendimento fisioterapêutico aos pacientes acometidos por AVC;
- Identificar as técnicas de avaliação e intervenção mais utilizadas nos atendimentos de reabilitação pós AVC.

9. REVISÃO DE LITERATURA

9.1 Acidente Vascular Cerebral: definição e aspectos epidemiológicos

O AVC pode ser definido como déficit neurológico súbito recorrente da alteração da irrigação sanguínea no sistema nervoso central, levando a disfunção neuronal. De forma geral o AVC é dividido em dois subtipos, o tipo isquêmico (AVCI) e o hemorrágico (AVCH) (SBDCV, 2020).

De acordo com a Associação Americana de AVC, 2018, o subtipo isquêmico é responsável por 87% de todos os casos de AVC. A isquemia ocorre como resultado da obstrução de um vaso sanguíneo, gerando interrupção total ou parcial do fornecimento de sangue ao sistema nervoso central. A hipóxia causada pelo bloqueio do fluxo sanguíneo provoca alterações teciduais importantes resultando em morte celular (ZEMKE et al., 2004).

No AVCI a etiologia pode ser associada a eventos cardioembólicos, aterosclerose, lesões lacunares (pequenos vasos), outras causas específicas (dissecções, vasculites, distúrbios, outros) e causa desconhecida (PAGNUSSAT, 2005).

O tipo hemorrágico afeta 13% dos pacientes, e ocorre quando existe extravasamento de sangue através da ruptura de um vaso (de forma não traumática), causando hemorragia, essa pode ser classificada de acordo com o local afetado, como, hemorragia intracerebral, intraventricular ou subaracnóide (HSA), sendo que a HSA é causada pela hemorragia no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnoide (OMS, 2006; PONTES-NETO et al., 2009).

O mecanismo mais comum para o AVCH pode ser associada a doença de pequenos vasos, malformações vasculares intracranianas, amilóide cerebral, angiopatia, ou infartos nos quais a hemorragia secundária ocorreu. Nas hemorragias subaracnóideas a ruptura de aneurismas saculares no espaço subaracnóideo é responsável pela maioria dos casos (DONNAN et al., 2008).

Embora se observe diferenças entre as etiologias para AVCH e AVCI, existem algumas semelhanças notáveis, como a hipertensão arterial (HAS) que pode estar associada de ambos os subtipos, já que atua como importante fator para o AVC hemorrágico e contribua para doença aterosclerótica podendo levar ao AVCI (ADAMS, 1993).

Além da HAS existem outros diversos fatores de risco para o AVC, que de forma geral podem ser amplamente classificados como modificáveis e não modificáveis, uma vez que grande parte desses fatores pode ser reduzida com alterações no estilo de vida (DONNAN et al., 2008).

Fatores de risco não modificáveis para o AVC incluem idade, sexo, raça e etnia e genética. De forma geral, o AVC é uma doença do envelhecimento, o risco de apresentar um AVC aumenta com a idade, com a incidência dobrando para cada década após os 55 anos (GO et al., 2014).

Apesar de atingir idosos de forma mais frequente o AVC pode ocorrer em qualquer idade, crescendo cada vez mais entre os jovens, sendo que 10% dos casos da doença afetam pessoas com menos de 55 anos (SBDCV, 2020). Um estudo de base populacional desenvolvido na cidade de Joinville-SC evidenciou um aumento na incidência de todos os tipos de AVC em pacientes jovens, principalmente naqueles com menos de 45 anos (CABRAL, 2017).

A relação entre sexo e risco de AVC depende da idade, quando jovens as mulheres têm maior risco de AVC e em idades mais avançadas o risco relativo é ligeiramente maior para os homens. O maior risco da doença entre as mulheres em idades mais jovens provavelmente está relacionado gravidez o estado pós-parto, e outros fatores hormonais, como o uso de contraceptivos. De forma geral mais mulheres são acometidas devido ao tempo de vida das mulheres em comparação com os homens (KAPRAL et al., 2005; GO et al., 2014).

Existem disparidades raciais bem documentadas no AVC, afro-americanos duas vezes mais chances de apresentar um AVC quando comparado com os seus homólogos brancos, e apresentam ainda maior mortalidade associada a doença (CRUZ-FLORES et al., 2011). Alguns estudos mostram também que Latino Americanos também apresentam risco aumentado de AVC, que pode estar associada ao maior número de fatores de risco (hipertensão, obesidade e diabetes) nessa

população e a ruralidade, que reduz o acesso aos serviços de saúde (KISSELA et al., 2004; KLEINDORFER et al., 2006; ZHANG et al., 2008).

Os fatores de risco modificáveis podem ser divididos em condições médicas e comportamentais. Dentre as condições médicas a HAS é o fator de risco modificável mais importante para o AVC, apresentando uma relação forte entre o aumento da pressão e a doença (CECATTO; ALMEIDA, 2008). Em pacientes diabéticos o AVC é responsável por 20% dos óbitos, e nesse público os pacientes tendem a ser mais jovens, afro-americanos e têm normalmente tem associação de outros fatores de risco para AVC (GÆEDE et al., 2008).

A Fibrilação Atrial é também uma condição médica associada ao AVC. Se presume que devido à estase de sangue no átrio esquerdo fibrilante se forme um trombo levando a embolização desse no cérebro acarretando o AVCI (YIIN et al., 2014).

Outra patologia que pode ser citada como fator de risco modificável é a Dislipidemia, a sua relação com o risco da doença é mais complexa, o risco parece depender do subtipo de AVC, mostrando uma associação mais forte de níveis de colesterol com AVC isquêmico de artéria de grande calibre do que outros subtipos de AVC isquêmico (BOWMAN et al., 2003).

O comportamento sedentário, dieta e inatividade física são fatores comportamentais associados ao AVC. Pessoas fisicamente ativas têm um risco menor AVC do que aqueles que são inativos, o que pode ser devido a diminuição da pressão arterial, diabetes e excesso de peso. A dieta influencia sobre o risco de AVC, a ingestão de sal, por exemplo, está associada com um aumento do risco de hipertensão e consecutivamente com o AVC, por outro lado uma dieta com maior consumo de frutas e legumes reduz o risco da doença (BOEHME; ESENWA; ELKIND, 2017).

Os fatores de risco modificáveis são de extrema importância, já que com adequadas estratégias de intervenção precoce se pode reduzir o risco de AVC (GO et al., 2014).

O AVC é a segunda principal causa de mortes no Mundo no ano de 2018 e é atualmente considerada a doença mais incapacitante (OPAS, 2018).

A incidência do AVC tem aumentado exponencialmente em países de baixa e média renda como o Brasil, sendo observada uma incidência 40% maior de letalidade

do que em países de alta renda, fator que pode ser atribuído a transição epidemiológica vivido por essas populações, que vai em direção ao envelhecimento e a urbanização, refletindo no aumento de fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (HANKEY, 2013; GO et al., 2014; AVEZUM et al., 2015).

No Brasil, a doença é a principal causa de óbitos na população adulta, e é responsável por 10% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2020). De acordo com o Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT) no Brasil em 2017 as doenças cerebrovasculares foram a segunda principal causa de morte no país, com uma taxa de letalidade de 51,93 em Santa Catarina (SC) ocupando também o segundo lugar no ranking de mortalidade no estado (BRASIL, 2017).

Embora os dados corroborem com o aumento expressivo da morbidade decorrentes do AVC, não foram identificados estudos precisos que quantifiquem essas condições (BRASIL, 2013).

9.3 Reabilitação

Ainda que os índices de mortalidade sejam alarmantes, o AVC é também responsável por uma grande carga de incapacidades (MUKHERJEE; PATIL, 2011).

Um estudo desenvolvido com esses pacientes identificou uma prevalência de incapacidade de 66% nos indivíduos idosos acometidos 12 meses após o AVC (CARMO; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2016), resultado que vai ao encontro de dados identificados em outro estudo, esse avaliou o grau de incapacidade em indivíduos jovens acometidos pela doença e apontou que 80% dos pacientes apresentavam algum déficit e 90% necessitavam de dispositivos auxiliares como bengala, cadeira de rodas, andador, entre outros, para desenvolver suas atividades de vida cotidiana (FALCÃO; MAIA; CARVALHO, 2004).

Um terço dos pacientes acometidos pelo AVC sobrevive com incapacidades permanentes durante toda a vida (DONNAN et al., 2008; ABDUL AZIZ et al., 2017),

sendo que 70% não retornam ao trabalho após a doença e cerca de 50% tornam-se dependentes de terceiros para as atividades do cotidiano (SBDCV, 2020). De acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência, publicado OMS e pelo Banco Mundial em 2011, mais de um bilhão de indivíduos no mundo convivem com algum tipo de deficiência (OMS, 2018).

Os principais comprometimentos dos pacientes acometidos pelo AVC são: déficits motores, somatossensoriais, dores, déficits visuais, alterações no tônus, padrões sinérgicos anormais, reflexos anormais, padrões alterados de ativação muscular, distúrbios de controle postural e do equilíbrio, distúrbios da fala e linguagem, disfagia, disfunção perceptivas e cognitivas (PIASSAROLI et al., 2012).

A maior parte dos pacientes acometidos por AVC apresentam altos índices de incapacidade funcional, sendo a hemiplegia ou hemiparesia (89,9%), disfagia (51,4%), e as alterações de marcha e espasticidade (44,2%), são as mais prevalentes (MARQUES et al., 2019).

Essas afirmações exigem atenção aos cuidados em reabilitação física, para que esses indivíduos possam ser atendidos considerando todas as suas necessidades (OMS, 2017), considerando que a reabilitação no AVC deve ser compreendida de forma holística e abrangente, tornando possível que as pessoas com sequelas da doença conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, com consecutiva inclusão e participação em todos os aspectos da vida (JONES et al., 2012; OMS, 2017).

Dessa maneira reabilitação assume um papel importante na qualidade vida desses indivíduos (TOMÁS et al., 2009), sendo a fisioterapia entendida como otimizador do processo de recuperação, tendo a capacidade de minimizar as incapacidades dos indivíduos com sequelas de AVC (OMS, 2017; DALTRO, 2018)

Nesse contexto, o profissional fisioterapeuta tem grande relevância, já que cabe a esse empregar técnicas e utilizar o exercício físico como recurso para eliminar ou minimizar as limitações físicas e sociais causadas ao indivíduo acometido (CECATTO; ALMEIDA, 2008) possibilitando ao indivíduo alcançar o melhor grau de independência funcional, motivação e aceitação após o AVC (BARROS et al., 2014).

Para nortear e auxiliar a atuação do terapeuta garantindo um melhor desfecho dentro do processo de reabilitação existem protocolos e diretrizes específicos para reabilitação pós AVC, apontando as melhores estratégias para a atuação com esse paciente (STROKE FOUNDATION OF AUSTRALIA, 2017). Fatores como intensidade do tratamento e a modalidade de terapia são apontados como grandes influenciadores no resultado das terapias (SOUZA et al., 2007).

A intensidade da terapia mostra forte influência sobre a recuperação motora após o acometimento neurológico, demonstrando assim a importância de um serviço especializado e com capacidade de oferecer atendimento a esses pacientes com intensidade, duração de períodos de intervalo de tempo adequados (BORELLA; SACHELLI, 2009; HUANG et al., 2009).

Assim como a intensidade, o tempo de duração das sessões de terapia, bem como o tempo entre a lesão e o início da reabilitação influenciam na recuperação das funções após o acometimento pelo AVC, o início precoce, nos primeiros seis meses após o evento, está relacionado com melhores respostas da capacidade funcional do paciente acometido (JAVIER; MONTAGNINI, 2011).

Estratégias terapêuticas, tais como, treinamento específico à tarefa, fortalecimento muscular e estímulos ao aprendizado motor demonstram boas possibilidades de sucesso na reabilitação (CARR; SHEPHERD, 2003).

Para garantir a execução adequada das recomendações para o acompanhamento e tratamento desses pacientes, em 2012 o Ministério da Saúde aprovou Portaria nº 665 referente à Linha de Cuidados e AVC, essa portaria observa a necessidade de oferecer cuidado integrado e contínuo em diferentes níveis de atenção a saúde, estabelecendo um fluxo de cuidado pós-AVC adequado, tornando o acompanhamento ambulatorial possível após a alta hospitalar, incluindo aspectos da reabilitação em centros especializados e atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MORO et al., 2013).

10. METODOLOGIA

10.1 Aspecto ético

O presente projeto de pesquisa é resultado de uma dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em Saúde e Meio ambiente (PPGSMA) da Universidade da Região de Joinville situada na Rua Paulo Malschitzki, 10 - Bairro Zona Industrial - Campus Universitário - CEP 89219-710 – Joinville/SC.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da respectiva universidade, atendendo aos pressupostos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), recebendo parecer consubstanciado registrado sob o número 3.240.827.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, metodologia, riscos e benefícios do estudo através de formulário online.

Após concordarem com os termos foi obtida a assinatura online (concordância) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os participantes foram orientados a realizar “*print*” da tela do TCLE, arquivando assim os nomes e contatos dos pesquisadores para possíveis contatos futuros, em caso de dúvidas ou desistência quanto a participação no projeto. A orientação para esse procedimento foi realizada através do seguinte texto: “As informações deste termo são importantes e incluem o contato com o pesquisador responsável pela pesquisa. Orienta-se que você salve como *print* de tela e/ou imprima este documento guardando-o com você.” Seguindo as orientações do CEP da instituição.

10.2 Desenho e local do estudo

Foi realizado um estudo de característica transversal descritivo, desenvolvido entre os meses de Março de 2019 a Março de 2020 através de pesquisa *survey* em plataforma on-line, que compreendeu o estado de Santa Catarina, incluindo todas as cidades localizadas no estado.

10.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram selecionados por amostragem probabilística.

Foram adotados como participantes fisioterapeutas devidamente registrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da décima região (CREFITO-10), sem necessidade de títulos de especialização.

Para o cálculo de amostragem foi considerado o número de 9495 fisioterapeutas inscritos ativos junto ao CREFITO da 10ª região até o dia 07/04/2020. Aplicando-se um nível de confiança da amostra de 90% e margem de erro de 5%.

Estimou-se assim a inclusão de 265 fisioterapeutas no estudo.

10.4 Critérios de inclusão

Como critério primário para inclusão no estudo é necessário que os participantes tenham preenchido os seguintes requisitos:

- Fisioterapeutas credenciados apropriadamente pelo Conselho de Fisioterapia;
- Fisioterapeutas que prestem atendimento a pacientes com sequelas de AVC;
- Fisioterapeutas que prestem atendimento na rede pública de saúde.

10.5 Critérios de exclusão

Serão excluídos do estudo participantes que abrangem um dos seguintes critérios:

- Que não responderem o questionário dentro do prazo determinado.

10.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de plataforma *on-line* de questionários. O método foi escolhido tendo em vista a inviabilidade da coleta de dados pessoalmente, devido ao tamanho esperado da amostra e a distância geográfica entre a cidade de origem da pesquisa e os locais de coleta.

A plataforma de questionários online que foi utilizada é a *Survey Monkey*® que pode ser acessada através do endereço <https://pt.surveymonkey.com>

Os questionários foram enviados via e-mail para endereços eletrônicos dos participantes, e aplicativo de conversas (WhatsApp®).

A obtenção dos contatos telefônicos se deu: através do acesso a dados disponíveis em consultas na internet nos sites dos respectivos conselhos federais e regionais, bem como nas páginas eletrônicas associações de fisioterapia neurofuncional.

O endereço eletrônico foi obtido através:

- Consultas na internet nos sites dos respectivos conselhos federais e regionais, bem como nas páginas eletrônicas associações de fisioterapia neurofuncional;
- Endereços eletrônicos obtidos por meio de divulgação (internet, artigos, propagandas) de fisioterapeutas que atendam a pacientes neurológicos;

- Instituições de atendimento a pacientes com AVC: que disponibilizará os questionários aos membros da equipe.

O envio dos questionários aos respondentes se deu da seguinte forma:

- Inicialmente foram enviados e-mails de apresentação, onde a temática e o objetivo da pesquisa eram apresentados, bem como os pesquisadores e instituição a qual a pesquisa estava vinculada, ponderando ainda a importância da participação dos sujeitos na pesquisa;
- Após o intervalo de 07 dias um novo e-mail foi encaminhado, este com o link de acesso ao questionário, convidando o fisioterapeuta a responder a pesquisa;
- Após 07 dias do envio do questionário um novo e-mail era enviado aos fisioterapeutas com o objetivo de lembrar a participação na pesquisa solicitando que os sujeitos que ainda não haviam respondido o questionário o fizessem, esse novo contato também incluía o link de acesso a pesquisa na plataforma do *Survey Monkey*®.

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa responderam a um questionário estruturado através de questões de múltipla escolha e dissertativas relacionadas ao tema: “Acesso a reabilitação após o AVC na rede pública de saúde”. O questionário foi elaborado pelos pesquisadores deste estudo, com base na literatura sobre o tema, não utilizando um questionário já existente, levando em consideração o objetivo do estudo e dados obtidos na literatura sobre a temática. Para a validação das questões o mesmo foi revisado por 1 médico neurologista e 2 fisioterapeutas com especialização em reabilitação neurológica com o objetivo de ajustar as questões a realidade dos profissionais e evitar possíveis vieses de resposta.

O questionário foi composto por 16 questões, sendo 04 dissertativas e 12 de múltipla escolha (Apêndice B). O questionário eletrônico da forma como foi disponibilizado aos fisioterapeutas pode ser acessado através do endereço <https://pt.surveymonkey.com/r/875PNXH>, podendo ser ainda acessado através do seguinte código QR (Figura 1).

Figura 1. Código QR do questionário eletrônico intitulado: “Fisioterapeutas”



Para evitar duplicação de respostas, ou seja, que o mesmo participante responda o questionário duas vezes foi permitido apenas um acesso ao questionário por “protocolo de internet” (endereço de IP).

É importante salientar que o questionário foi elaborado de forma simples, e com linguagem acessível visando facilitar a compreensão das questões, e tornar o processo de resposta rápido e menos oneroso.

10.7 Análise de dados

Para análise de dados foi utilizada estatística descritiva padrão visando explorar as características dos grupos respondentes e o acesso ao atendimento em serviços de reabilitação pós-AVC. Os dados foram tabulados em planilha Excel® e posteriormente analisados quanto ao percentual total de respostas em cada questão.

10.8 Avaliação de riscos e benefícios da pesquisa

Os possíveis riscos decorrentes desta pesquisa serão mínimos. Dentre estes, destacam-se a possibilidade de existir algum constrangimento durante o preenchimento do questionário e extravasamento de informações.

Para minimizar tais riscos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do participante expõem claramente essas questões, garantindo o sigilo absoluto e o anonimato qualificado do participante.

Em relação aos possíveis benefícios, se esperou compreender a percepção e atuação do fisioterapeuta quanto à reabilitação dos pacientes com sequelas de AVC,

dessa forma os resultados obtidos também serão úteis para o planejamento de estratégias que busquem auxiliar no atendimento desses pacientes, bem como possibilitarão desenvolvimento de estudos similares.

11. DESFECHOS

11.1 Desfecho primário

Compreender na visão do fisioterapeuta o as características do processo de reabilitação física pós-AVC, identificando as características dos atendimentos, o perfil dos profissionais e as técnicas/métodos preferenciais utilizadas. Dessa forma, sugerir e estimular a organização dos serviços especializados, bem como, avaliar a necessidade de um programa de capacitação permanente em saúde para os profissionais da área.

12. DADO DO PRIMEIRO RECRUTAMENTO

Não se aplica.

13. FONTES SECUNDÁRIAS

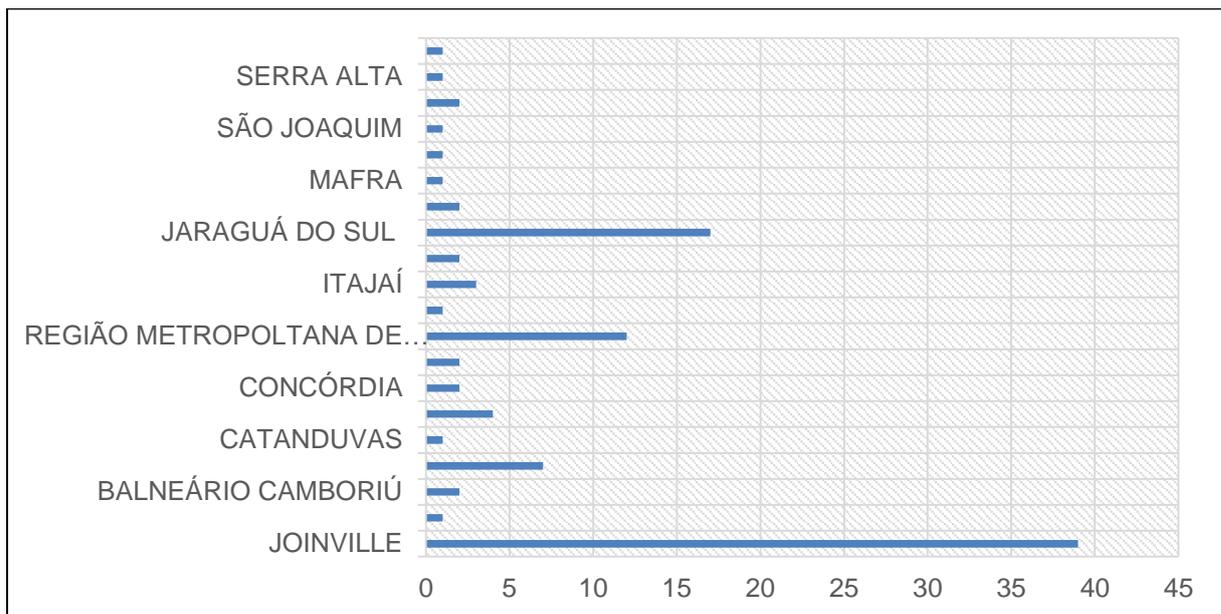
Não foram utilizadas fontes secundárias.

14. RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo um total de 102 fisioterapeutas do estado de Santa Catarina localizado na região Sul do Brasil. É importante frisar que as respostas não eram obrigatórias, ou seja, em alguns momentos o número de respondentes variaram em diferentes questões.

Quando analisadas as respostas sobre a cidade de residência e atuação dos fisioterapeutas a totalidade dos participantes responderam a questão, sendo que a maior parte dos respondentes 38,2% (39) residia na cidade de Joinville, seguido pela cidade de Jaraguá do Sul, conforme figura 2.

Figura 2. Cidade de residência e atuação dos Fisioterapeutas



Dentre as características dos respondentes observa-se o predomínio a faixa etária de 35 a 50 anos (55,9%). Mais da metade dos fisioterapeutas (54,1%) afirmou ter especialização para atender pacientes neurológicos, sendo que desses a maior parte (60,4%) refere ter o título a pelo menos 05 anos.

Com relação ao local de trabalho apenas 93 dos participantes responderam a essa questão, e desses 25,8% (24) afirmaram atuar somente em locais de gestão particular, sendo então 72,2% atuantes no serviço público de saúde.

O número de pacientes atendidos por semana pelos fisioterapeutas foi de 1 a 5 por 54,2% dos fisioterapeutas, com duração de 30 minutos à uma hora cada sessão (97%).

Quanto as técnicas empregadas nas sessões de terapia 91 participantes do estudo responderam a essa questão, sendo que o número e tipo de técnicas variaram de acordo com o respondente, já que tratava-se de uma questão dissertativa com grande possibilidade de variação das respostas. Como resultado a essa questão observou-se uma predominância da técnica de cinesioterapia, essa citada por 40 dos respondentes, seguida da técnica de Bobath referida por 29 dos fisioterapeutas. Algumas das respostas obtidas não foram consideradas técnicas, devido à baixa especificidade das respostas, sendo exclusas da análise desses dados. O restante das técnicas citadas pode ser observado na tabela 01.

Tabela 1. Técnicas aplicadas pelos fisioterapeutas nas sessões de reabilitação

TÉCNICAS	N
CINESIOTERAPIA	40
BOBATH	29
FNP/KABAT	22
TERAPIA MANUAL	10
TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	9
ELETROTERAPIA	7
TERAPIA DO ESPELHO	5
BANDAGEM	5
JOGOS VIRTUAIS/JOGOS SÉRIOS	4
MOBILIZAÇÃO PRECOCE (Hospitalar)	4
TRIM	3
PRÁTICA MENTAL	3
TREINO ORIENTADO A TAREFA	3
PILATES	2
THERASUIT	2
DUPLA TAREFA	2
BIOFEEDBACK	1
ACUPUNTURA	1
REABILITAÇÃO VESTIBULAR	1

Os profissionais responderam ainda a questão sobre a escala de funcionalidade que utilizavam com os pacientes, dos 102 respondentes 36 (35,3%) disseram utilizar a Medida de Independência Funcional (MIF), seguida da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (25,5%), houveram ainda os que não utilizavam nenhuma escala (17,7%), bem como aqueles que disseram utilizar uma escala própria não validada (13,7%) e os participantes que não sabiam ou utilizavam outras escalas (7,8%).

Os profissionais foram indagados também sobre a complexidade em atender pacientes com AVC e 58,8% dos 102 fisioterapeutas concordam que o atendimento a esse tipo de paciente é mais complexo. Dados expressivos foram observados quando analisamos a questão sobre a percepção do profissional sobre a remuneração para atender esse público, onde 62% consideram a remuneração inadequada ou degradante, conforme observado na tabela 02. Apesar da complexidade e baixa remuneração 82,4% dos fisioterapeutas gostam de atender esses pacientes.

Tabela 2. Questionário Fisioterapeutas

QUESTÃO	%	N
Idade		
20 -30	20,6%	21
30 - 35	18,6%	19
35 - 40	25,5%	26
40 - 50	30,4%	31
> 50	4,9%	5
Especialização em neurologia		
Não	45,9%	45
Sim	54,1%	53
Há quanto tempo é especialista em neurologia?		
< 1 ano	5,1%	5
1-5 anos	17,4%	17
5-10 anos	13,3%	13
> 10 anos	19,4%	19
Gestão do local em que trabalha		
Público	49,5%	46
Privado	25,8%	24
Público e Privado (Misto)	24,7%	23
Privado	25,81%	24
Público e Privado (Misto)	24,73%	23

Continua

Tabela 2. Questionário Fisioterapeutas (*Continuação*)

Número de paciente com AVC atendidos por semana		
1 - 5	54,2%	52
5 - 10	27,1%	26
10 - 15	10,4%	10
15 - 20	2,1%	2
>20	6,3%	6
Número de pacientes atendidos simultaneamente		
1-2	52,6%	51
3-4	4,1%	4
>4	7,2%	7
Apenas um	36,1%	35
Duração da sessão de fisioterapia		
30 minutos/minutes/minutos	49,5%	49
01 hora/hour/hora	47,5%	47
02 horas/hours/horas	2,0%	2
>02 horas/hours/horas	1,0%	1
Atender pacientes com AVC é mais complexo?		
Sim, é mais complexo	58,8%	60
Não há diferença	37,3%	38
Não sei	3,9%	4
A remuneração para atender pacientes neurológicos é:		
Aviltante	3,0%	3
Insuficiente	59,0%	59
Adequada	34,0%	34
Estimulante	4,0%	4

15. DISCUSSÃO

Fizeram parte deste estudo um total de 102 fisioterapeutas atuantes no estado de SC, outros estudos que almejaram entender o acesso a reabilitação pós- AVC tiveram amostras semelhantes a encontrada nessa pesquisa (FARIA; ARAÚJO; CARVALHO-PINTO, 2017; MENDES et al., 2016; ROOSINK et al., 2011).

De acordo com o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia ocupacional da 10ª região (CREFITO-10) que tem como incumbência fiscalizar o exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional no estado de SC existia até a data de 07/04/2020 um total de 9495 fisioterapeutas inscritos ativos no estado.

Entretanto vale salientar que no estado existem somente 99 profissionais credenciados a Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional, sendo 13 na cidade de Joinville e 5 na cidade de Jaraguá do Sul, cidades essas que registaram o maior número de respostas do *survey*, com 39 e 17 fisioterapeutas respondentes respectivamente, tornando a amostra significativa quando analisados o número de especialistas em atendimento neurológico. Entretanto vale frisar que o cadastro junto ao ABRAFIN não é obrigatório, mas que a maior parte dos especialistas é credenciada (ABRAFIN, 2020; CREFITO, 2020).

Na população estudada mais da metade dos fisioterapeutas (54,1%) afirmou ter especialização para atender pacientes neurológicos, sendo que desses a maior parte (60,4%) refere ter o título a pelo menos cinco anos, dados importantes a serem analisados já que o conhecimento do terapeuta bem como as técnicas utilizadas na terapia são preditivos da melhora funcional do pacientes (NEVES et al., 2004).

Um estudo conduzido por Neves e colaboradores (2004) apontou que 50% dos fisioterapeutas apresentavam dúvidas de como manejar pacientes com esse diagnóstico e ainda 90% alegava ter dificuldade de prestar esse tipo de atendimento, resultados que vão de encontro com os obtidos nessa pesquisa, onde 58,8% Os fisioterapeutas afirmaram que o atendimento a esse tipo de paciente é mais complexo (NEVES et al., 2004).

O AVC ocasiona um grande número de sequelas e incapacidades influenciando negativamente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, destacando a

importância do fisioterapeuta conhecer os instrumentos de avaliação e as técnicas de intervenção adequadas para a reabilitação desses indivíduos (LANGHAMMER; STANGHELLE; LINDMARK, 2008)

Entretanto apesar da importância do conhecimento do profissional acerca do manejo dos pacientes com sequelas pós-AVC poucos estudos no sentido de conhecer o perfil acadêmico desses profissionais foram realizados, mostrando uma fragilidade quanto ao cuidado ao qual esse paciente está recebendo.

Questão essa que pode influenciar ainda no acesso que o paciente está alcançando nos serviços de reabilitação. Um estudo realizado em Unidades de Saúde Comunitária de Porto Alegre, observou que a frequência de encaminhamentos de pacientes com necessidade de reabilitação à serviços de fisioterapia, foi extremamente baixa, atribuindo esse fato a falta de confiança nas clínicas que prestam de serviço de terapia fisioterapêutica, reduzindo o número de encaminhamento pelos médicos (SILVA; SIRENA, 2015).

Contudo objetivando sanar os prejuízos causados pela dificuldade dos profissionais e uma melhor prestação de serviço aos pacientes, os serviços de reabilitação devem ser organizados, fortalecidos e ampliados, promovendo capacitação inicial e continuada aos profissionais que compõe as equipes (BRASIL, 2013).

Tendo em vista ainda a importância do trabalho do fisioterapeuta na vida dos indivíduos acometidos pelo AVC ressalta-se a notoriedade do conhecimento desse profissional sobre os instrumentos de avaliação e as intervenções adequadas para a reabilitação dessa população (LANGHAMMER; STANGHELLE; LINDMARK, 2008).

A avaliação dos pacientes com sequela neurológica devem levar em consideração a funcionalidade e a incapacidade, termos abrangentes que denotam os aspectos da funcionalidade sob uma perspectiva biológica, individual e social, a mensuração do déficit motor, cognitivo e sensitivo, e visam contribuir para análise e escolha da terapia adequada afim de atingir o sucesso no processo de reabilitação e para isso é indicado o uso de escalas validadas (FONSECA; RIZZOTTO, 2008; OMS, 2013).

Dentro desse conceito as Classificações de MIF e CIF são as mais amplamente utilizadas para mensurar os déficits de pacientes neurológicos, sendo a CIF um modelo para a organização e documentação de informações sobre funcionalidade e incapacidade, que leva em consideração a funcionalidade como interação entre as condições de saúde, fatores ambientais e os fatores pessoais (OMS, 2013), e a MIF mensura capacidade funcional e de independência, estimando o grau de limitação e dificuldade apresentadas por cada paciente (SILVA et al., 2012).

Entretanto, outras escalas podem ser utilizadas para mensurar a capacidade funcional dos indivíduos, dentre essas podem ser citados o Índice Katz de Independência em Atividades de Vida Diária (AVDs), o Índice de Barthel e a *Functional Independence Measure* (FIM), em português, Medida de Independência Funcional (MIF) (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Quando questionados sobre as escalas utilizadas para a mensuração dos déficits apresentados pelos pacientes acometidos por AVC 35,3% disseram utilizar a MIF, seguida da CIF (25,5%), entretanto apesar dos indicadores para o uso de escalas validadas para o atendimento desses pacientes 17,7% afirmaram não utilizar nenhuma escala, 13,7% disseram utilizar uma escala própria não validada, e os outros 7,8% não sabiam ou utilizavam outras escalas.

Ainda com o objetivo de Identificar as técnicas mais utilizadas nos atendimentos de reabilitação pós-AVC os fisioterapeutas foram indagados quanto as técnicas empregadas no atendimento dos pacientes com sequelas de AVC, a maior parte dos respondentes (40) citaram a cinesioterapia como técnica de utilizada, seguida pela técnica de Bobath (29), Kabat (22), terapia manual (10), técnicas de fisioterapia respiratória (9), eletroterapia (7), terapia do espelho (5), bandagem (5), jogos sérios (4) e em menor número as técnicas de TRIM, prática mental, treino orientado a tarefa, pilates, therasuit, dupla tarefa, biofeedback, acupuntura e reabilitação vestibular.

As técnicas aplicadas tem o objetivo de estimular mecanismos de reorganização neural, na tentativa de recuperar ao máximo as funções sensoriomotoras dos pacientes, portanto a técnica a ser utilizada, deve levar em

consideração o quadro atual do paciente e o que espera-se com relação ao seu prognóstico (PIASSAROLI, 2012; FONTES, FUKUJIMA, 2003).

Uma revisão sistemática realizada por Langhammer e Stanghelle (2011) comparou a eficácia da técnica de Bobath, amplamente utilizada na reabilitação pós AVC, com as abordagens fisioterapêuticas tradicionais, embora tenham sido notadas melhorias na função motora dos indivíduos a técnica não se mostrou superior as técnicas tradicionais comparadas, apontando ainda que exercícios orientados do tipo Programa de Aprendizagem Motora são preferíveis em relação à qualidade do movimento quando na reabilitação de fase aguda de pacientes.

Outra revisão sistemática, essa com o objetivo de realizar um levantamento acerca das diferentes intervenções fisioterapêuticas na qualidade de vida dos pacientes após o AVC concluiu que terapias como: treino de marcha com suporte parcial de peso corporal, terapia espelho, terapia por restrição e indução do movimento, treino de equilíbrio, treino aeróbico, cinesioterapia e suas variações, quando empregadas conjuntamente na intensidade correta conseguem potencializar o reestabelecimento das capacidades físicas dos indivíduos (BARROS et al., 2014)

O *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery* de 2016 traz como evidência para reabilitação motora que a caminhada em esteira (com ou sem suporte de peso corporal) ou treino de exercício de caminhada em solo combinado com reabilitação convencional pode ser razoável para recuperação da função de caminhar (grau de evidência B), sugere ainda que não há evidências suficientes para recomendar acupuntura para facilitar a recuperação motora e da mobilidade (grau de evidencia B) (WINSTEIN, 2016).

De forma geral é plausível concluir que o modelo de reabilitação deve levar em consideração quadro do paciente em suas diversas fases de acordo com a avaliação realizada pelo próprio fisioterapeuta, e combinar diferentes abordagens e técnicas de reabilitação física (PIASSAROLI, 2012).

É notório ainda que a maior parte dos fisioterapeutas (74,2%) prestavam serviços locais com algum tipo de gestão pública realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo e 1 a 5 pacientes com sequela de AVC por semana (54,2%),

com atendimentos com duração de 30 minutos a 1 hora (97%) atendendo no máximo 2 pacientes de forma simultânea (88,7%). De acordo constituição federal de 1988 a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, a partir daí foi criado o SUS, que tem como premissa garantir o acesso integral, universal e gratuito a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2020). O sistema objetiva oferecer assistência à população com base na proteção, prevenção, promoção e recuperação da saúde (OLIVEIRA et al., 2008).

Dentro dessa proposição os serviços de fisioterapia tem apresentado significativo crescimento na demanda por atendimento dentro do SUS em todas as suas especialidades (ALELUIA; SANTOS, 2013). Apesar da crescente demanda para atendimento pela fisioterapia no SUS estruturas e processos precisam ser otimizados, estabelecendo um sistema adequado para reabilitação permitindo melhores processos de atendimento pelos profissionais (TEASELL et al., 2009).

Lamentavelmente os profissionais não foram indagados nesse estudo quanto aos aspectos da atuação ou melhorias necessárias dentro do sistema de saúde, o que possivelmente daria uma visão das dificuldades de atuação, aplicação de métodos ou protocolos que poderiam ser explicados por esses aspectos. Já que o custo muitas vezes é alto com os serviços de reabilitação, embora insuficientes com reflexos na qualidade dos serviços prestados (TEASELL et al., 2003).

Contudo foram observadas respostas desses fisioterapeutas quanto a remuneração para prestar atendimento a esses pacientes, onde 62% consideram a remuneração inadequada ou degradante, resultados também observados em um trabalho desenvolvido com profissionais da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas que visava avaliar a satisfação desses profissionais, e apontou que o aspecto de menor satisfação dos fisioterapeutas são aqueles referentes à remuneração, quesito que apresentou o pior resultado relacionado a satisfação profissional (MARTINS, 2019). Desfecho similar ao encontrado em um estudo na cidade de Bogotá na Colômbia, em que os fisioterapeutas entrevistados consideram os salários baixos para as funções desenvolvidas (VALENZUELA-CAZÉS; RAMÍREZ-CARDONA, 2016).

Apesar da complexidade dos atendimentos e da baixa remuneração 82,4% dos fisioterapeutas dizem gostar de atender pacientes com sequela de AVC. Fato que pode ser explicado pela sensação de utilidade e funcionalidade que o trabalho gera na vida desses profissionais (NAVARRO; PADILHA, 2007). A satisfação no trabalho é definida por Graça (1999), como resultado da avaliação que cada um faz de acordo com o grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais, se está de acordo com aquilo que ela esperava obter.

O trabalho ocupa lugar central na vida humana, preenchendo grande parte do espaço e do tempo disponível no estilo de vida contemporâneo. Ele não é apenas um meio de satisfação de necessidades básicas, mas sim fonte de identificação e desenvolvimento de potencial (NAVARRO; PADILHA, 2007).

É importante salientar que as respostas de algumas questões contidas no questionário original da pesquisa não foram apresentadas nos resultados desse trabalho, pois foi entendido pelos autores como não necessários para a resposta dos objetivos do presente estudo, o que não caracteriza viés nos resultados aqui expressos.

16. CONCLUSÃO

Os resultados expressos nos estudos demonstram fragilidades quanto a qualificação desses profissionais atuantes no estado de Santa Catarina no processo de reabilitação pós-AVC, bem como, a insatisfação desses profissionais quanto a remuneração atribuída para o desenvolvimento dessa atividade.

Fatos esses preocupantes levando em consideração a importância do papel do fisioterapeuta na recuperação da qualidade de vida das pessoas acometidas por uma doença tão incapacitante. O fisioterapeuta apresenta papel central e extremamente importante na reabilitação pós-AVC, pois é capaz de minimizar as incapacidades atribuídas pelo AVC, atribuindo maior grau de independência e funcionalidade ao indivíduo, reestabelecendo sua reinserção no meio social e melhorando sua qualidade de vida.

É importante frisar que mesmo perante as dificuldades encontradas para prestar assistência a esses pacientes, o alto grau de formação exigido e o baixo reconhecimento (remuneração), esses profissionais demonstraram satisfação em participar do processo de reabilitação desses indivíduos, mostrando grande potencial de humanização e atenção com os que necessitam da ajuda desses profissionais.

Mostra-se assim, necessário investimento na capacitação profissional, sobretudo na educação permanente em saúde, como nas especializações ou residências, e sem dúvida, uma maior valorização do profissional para que esse apresente entusiasmo e motivação para atuar no manejo de pacientes com tamanha complexidade. Sugerimos a partir dos resultados encontrados que mais trabalhos sejam desenvolvidos avaliando a atuação desses profissionais, bem como possíveis melhorias que visem facilitar e nortear o processo de reabilitação, garantindo que os pacientes acometidos por AVC recebam um serviço de excelência e que os fisioterapeutas tenham aporte para poder executar os a reabilitação com maestria.

17. DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA BASEADOS NOS DESFECHOS

- Informar os órgãos públicos, tais como as Secretarias do Estado de Santa Catarina, e se possível, os grandes municípios dos achados encontrados no estudo, permitindo assim, que sejam elaboradas políticas públicas para organização dos serviços especializados e da remuneração adequada e justa aos profissionais;
- Repassar os dados ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região (CREFITO-10), assim como, para a Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional. Destacar a necessidade de estimular e atrair profissionais para a especialidade no estado de Santa Catarina e em todo o país.
- Divulgar os resultados em publicações especializadas da área para fomentar a identificação dos problemas envolvidos com o atendimento desses pacientes e dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação.

18. ORÇAMENTO**Tabela 3.** Orçamento para execução de projeto de pesquisa

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
Notebook	1	R\$ 1800,00	R\$ 1800,00
Assinatura anual plataforma de dados (<i>Survey Monkey</i>)	2	R\$ 2.112,00	R\$ 2.112,00
Valor Total			R\$ 3.912,00

REFERÊNCIAS

- ABDUL AZIZ, A. F. et al. **The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): A shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services.** BMC Health Services Research, 2017.
- ABRAFIN. Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional. **Ache um associado.** Disponível em: <<https://abrafin.org.br/encontre-seu-fisioterapeuta/>>. Acesso em: 05. Maio. 2020.
- ADAMS JR., H. P. et al. **Classification of Subtype of Acute Ischemic Stroke. Definitions for Use in a Multicenter Clinical Trial.** Stroke Vol 24, No 1 January 1993.
- ALELUIA, I. R. S.; SANTOS, F.C. **Auditoria em fisioterapia no Sistema Único de Saúde : proposta de um protocolo específico.** Fisioter Mov. 2013 set/dez;26(4):página 725-41
- AVEZUM, Á. et al. **Stroke in Latin America: Burden of Disease and Opportunities for Prevention.** Global Heart, v. 10, n. 4, p. 323–331, 2015.
- BARROS. **Análise de Intervenções Fisioterapêuticas na Qualidade de Vida de Pacientes Pós-AVC.** Rev Neurocienc 2014;22(1):75-79 v. 22, n. 2, p. 308–314, 2014.
- BOEHME, A. K.; ESENWA, C.; ELKIND, M. S. V. **Stroke: Risk factors, Genetics, and prevention.** Circ Res. 2017 February 03; 120(3): 472–495.
- BORELLA, M. P.; SACCHELLI, T. **Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade.** Revista Neurociencias, v. 17, n. 2, p. 161–169, 2009.
- BOWMAN, T. S. et al. **Cholesterol and the Risk of Ischemic Stroke.** Stroke, v. 34, n. 12, p. 2930–2934, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde.** 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 05. Maio.2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde cria linha de cuidados para tratar AVC.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46174-ministerio-da-saude-cria-linha-de-cuidados-para-tratar-avc>>.2013. Acesso em: 29. Abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **AVC: o que é, causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>>. 2017. Acesso em: 25. Abr. 2020.
- BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT). **Principais causa de morte.** 2017. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>>. Acesso em: 25. Abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [cited 2014 Dec 22]. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- 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.** Brasília. 2013.
- CABRAL, N. E. et al. **Increase of Stroke Incidence in Young Adults in a Middle-Income Country.**

Stroke ahajournals. 2017.

CABRAL, N. L. **Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo.** n. 109, 2009.

CARMO, J. F.; OLIVEIRA E. R. A.; MORELATO, R. L. **Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória – ES**, Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(5):809-818.

CARR J, SHEPHERD R. **Ciência do movimento, fundamentos para a fisioterapia na reabilitação.** 2a ed. São Paulo: Manole; 2003.

CECATTO, R. B.; ALMEIDA, C. I. DE. **O planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico.** Acta fisiatr. 2010; 17(1): 37 – 43 2008.

CONSELHO FEDERAL E OS CONSELHOS REGIONAIS DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (CREFITO-10). **Quantitativo de inscritos – ativos.** Disponível em: <<http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?ids=4#>>. Acesso em: 29. Abril. 2020.

CRUZ-FLORES, S. et al. **Racial-ethnic disparities in stroke care: The American experience: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.** Stroke, v. 42, n. 7, p. 2091–2116, 2011.

DALTRO, M. C. S. L. **Avaliação da funcionalidade de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral através da escala de Rankin.** Fisioterapia Brasil, [S.l.], v. 19, n. 5, p. S192 - S199, nov. 2018. ISSN 2526-9747. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2622>>. Acesso em: 01 maio 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.33233/fb.v19i5.2622>.

DE CAMPOS, L. M. et al. **How many patients become functionally dependent after a stroke? A 3-year population-based study in Joinville, Brazil.** PLoS ONE, v. 12, n. 1, p. 1–12, 2017.

DONNAN, G. A. et al. **Stroke.** Lancet, v. 371, n. 9624, p. 1612–23, 2008.

FALCÃO, I. V.; MAIA, E.; CARVALHO, F. D. E. **Acidente vascular cerebral precoce : implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 4, n. 1, p. 95–102, 2004.

FARIA, C. D. C. M.; ARAÚJO, D.C.; CARVALHO-PINTO, B. P.B. **Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke.** Fisioter Mov. 2017 Jul/Sep;30(3):527-536.

FONSECA, F.B., RIZZOTTO, M. L. F. **Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos.** Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 365-73.

FONTES S.V., FUKUJIMA M.M. **Recuperação da Motricidade.** In: Levy JA, Oliveira ASB (eds). Reabilitação em doenças neurológicas: Guia terapêutico prático. São Paulo: Atheneu, 2003, p.65-72.

GÆDE, P. et al. **Effect of a Multifactorial Intervention on Mortality in Type 2 Diabetes.** New England Journal of Medicine, v. 358, n. 6, p. 580–591, 2008.

GO, A. S. et al. **Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics.** 2014. Update Circulation, v. 129, n. 3, p. 399–410, 2014.

HANKEY, G. J. **The global and regional burden of stroke.** The Lancet Global Health, v. 1, n. 5, p. e239–e240, 2013.

HUANG, H. C. et al. **The Impact of Timing and Dose of Rehabilitation Delivery on Functional Recovery of Stroke Patients.** Journal of the Chinese Medical Association, v. 72, n. 5, p. 257–264, 2009.

- JAVIER, N. S. C.; MONTAGNINI, M. L. **Rehabilitation of the hospice and palliative care patient.** *Journal of Palliative Medicine*, v. 14, n. 5, p. 638–648, 2011.
- KHAN, M.O. **Stroke: Risk factors and prevention.** *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, v. 60, n. 5, p. 412, 2010
- KAPRAL, M. K. et al. **Sex differences in stroke care and outcomes: Results from the Registry of the Canadian Stroke Network.** *Stroke*, v. 36, n. 4, p. 809–814, 2005.
- KISSELA, B. et al. **Stroke in a Biracial Population: The Excess Burden of Stroke among Blacks.** *Stroke*, v. 35, n. 2, p. 426–431, 2004.
- KLEINDORFER, D. et al. **The unchanging incidence and case-fatality of stroke in the 1990s: A population-based study.** *Stroke*, v. 37, n. 10, p. 2473–2478, 2006.
- LANGHAMMER, B.; STANGHELLE, J. K.; LINDMARK, B. **Exercise and health-related quality of life during the first year following acute stroke.** *A randomized controlled trial.* v. 22, n. February, p. 135–145, 2008.
- LANGHAMMER B., STANGHELLE J.K. **Can physiotherapy after stroke based on the Bobath concept result in improved quality of movement compared to the motor relearning programme.** *Physiother Res Int.* 16:69–80; 2011.
- MARQUES J. C. et al. **Perfil de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral internados em um centro de reabilitação.** *Acta Fisiatr.* 2019;26(3). DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v25i4a168160>
- MARTINS, P. L. C. **Fisioterapia, no Ramo de Especialidade em Músculo-esquelética: Satisfação Profissional dos Fisioterapeutas Inseridos no Mercado de Trabalho Nacional.** 2019. 90 p. Dissertação. Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Lisboa. 2019.
- MARTINS, S. O. et al. **Past, present, and future of stroke in middle-income countries: the Brazilian experience.** *International Journal of Stroke.* n. 6, p. 1–6, 2013.
- MENDES, L.M. **acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral aos serviços de fisioterapia.** *Rev enferm UFPE on line.* Recife, 10(2):387-94, fev., 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012,** 2012.
- MORO, C. H. C. et al. **Manual de rotinas para atenção ao AVC.** Ministerio da Saude, 2013.
- MUKHERJEE, D.; PATIL, C. G. **Epidemiology and the global burden of stroke.** *World Neurosurgery*, v. 76, n. 6 SUPPL., p. S85–S90, 2011.
- NEVES, P. et al. **Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada.** *Revista Neurociências*, v. 12, n. 04, p. 173–181, 2004.
- OLIVEIRA, D.C. et al. **A política pública de saúde brasileira : representação e memória social de profissionais.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):197-206, jan, 2008
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).** Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Rehabilitation 2030.** Disponível em: <https://www.OMS.int/rehabilitation/rehab-2030/en/>. 2017. Acesso em 03. Abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais**. Genebra, Organização Mundial da Saúde.2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Rehabilitation 2030. **The need to scale up rehabilitation**. 2018. Disponível em: <<https://www.WHO.int/disabilities/care/Need-to-scale-up-rehab-July2018.pdf?ua=1>>. Acesso em: 25. Abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **10 principais causas de morte no mundo**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0>. Acesso em: 25. Abr. 2020.

NAVARRO, V. R.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 1: 14-20, 2007

PAGNUSSAT, A. **Programa de pós graduação em neurociências**: Caracterização da morte celular em neurônios da região CA1 do hipocampo de ratos submetidos à isquemia global transitória e reperfusão. 2005. 87 p. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de ciências básicas da saúde. Porto Alegre. 2005

PERLINI, N. M. O. G. Lidando com perdas: percepção de pessoas incapacitadas por AVC. *Revista Mineira de Enfermagem*;11(2):149-154, abr./jun., 2007.

PIASSAROLI, C. A. P. et al. **Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico**. *Rev Neurocienc* v. 20, n. 1, p. 128–137, 2012.

PONTES-NETO, O. M. et al. **Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea**. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 67, n. 3 B, p. 940–950, 2009.

RIBERTO, M. et al. **Independência funcional de pacientes com lesão medular** *Functional Independence of spinal cord injured patients*. *Acta fisiatr* 2005; 12(2): 61-66 2005.

ROOSINK, M. et al. **Persistent shoulder pain in the first 6 months after stroke: Results of a prospective cohort study**. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 92, n. 7, p. 1139–1145, 2011.

SILVA, G.A., et al. **Avaliação funcional de pessoas com lesão medular : functional assessment of people with spinal cord injury**. *Contexto Enferm, Florianópolis*, 2012 Out-Dez; 21(4): 929-36.

SILVA, G. G.; SIRENA, S. A. **Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 1, p. 265–275, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES (SBDCV). **Acidente Vascular Cerebral**. Disponível em: <http://sbdcv.org.br/publica_avc.asp> Acesso em: 07. Maio. 2020.

SOUZA, W. C. et al. **Revisão Terapia de restrição e indução do movimento em pacientes pós-AVC**. *Fisioterapia Brasil*. v. 8, n. 21, p. 64–68, 2007.

STROKE FOUNDATION OF AUSTRALIA. **Clinical Guidelines for Stroke Management 2017** . *Speech Pathology*. p. 2017, 2017.

TEASELL, R. et al. **Stroke rehabilitation: An international perspective**. *Topics in Stroke Rehabilitation*, v. 16, n. 1, p. 44–56, 2009.

TEASELL, R. W. et al. **Early Supported Discharge in Stroke Rehabilitation**. *Topics in Stroke Rehabilitation*, v. 10, n. 2, p. 19–33, 2003.

TOMÁS, R. et al. **ORIGINAL WORK A Idade é uma Variável Preditora da Funcionalidade após Acidente Vascular Cerebral? Um Estudo multi-análises**. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação* v. 17, n. 1, p. 44–48, 2009.

VALENZUELA-CAZÉS A.; RAMÍREZ-CARDONA L. **Workplace of physiotherapists from the Public Health Care Network of hospitals in Bogota.** Rev Salud Publica (Bogota). 2016 Nov-Dec;18(6):880-889.

WINSTEIN C. J. et al. **Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.** Which published online May 4, 2016, and appeared in the June 2016 issue of the journal (Stroke. 2016;47:e98-e169. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098).

YIIN, G. S. C. et al. **Age-specific incidence, outcome, cost, and projected future burden of atrial fibrillation-related embolic vascular events: A population-based study.** Circulation, v. 130, n. 15, p. 1236–1244, 2014.

ZEMKE, D. et al. **Ischemia and Ischemic Tolerance in the Brain: an Overview.** NeuroToxicology 25 (2004) 895–904. 2004.

ZHANG, Y. et al. **Incidence and risk factors for stroke in american indians the strong heart study.** Circulation, v. 118, n. 15, p. 1577–1584, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, estou sendo convidado a participar do estudo intitulado: Reabilitação pós Acidente Vascular Cerebral: Acesso a fisioterapia na rede de saúde pública do Brasil.

Cujos objetivos e justificativas são: Investigar o acesso de pacientes com seqüela pós AVC (Acidente Vascular Cerebral) a fisioterapia na rede pública de saúde, justificando-se por necessidade de conhecimento do acesso dos pacientes aos serviços públicos de reabilitação após o AVC.

A minha participação no referido estudo será no sentido de fornecer informações relacionadas a minha experiência relacionada a reabilitação física pós o AVC

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: compreender o acesso aos serviços de reabilitação, bem como as causas do não acesso, dessa forma os resultados obtidos também serão úteis para o planejamento de estratégias que busquem sanar os problemas encontrados, bem como possibilitarão desenvolvimento de estudos similares.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim existe o risco de constrangimento e extravasamento de informações durante a pesquisa.

Os membros da equipe de investigadores, nomes dos pesquisadores e telefones, estarão disponíveis para responder as minhas perguntas, bem como esclarecer toda e qualquer dúvida que venha a ter durante a leitura deste TCLE, durante o estudo e até mesmo após o término do estudo.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE. Endereço – Paulo Malschitzki, 10 - Bairro Zona Industrial - Campus Universitário - CEP 89219-710 – Joinville / SC.

Concordando com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, afirmo ter lido as informações acima, ter recebido as explicações necessárias do investigador, ter tido oportunidade de tirar todas as dúvidas que julgaram necessárias e concordo em fazer parte do estudo.

Pesquisadores:

Ariane Ribas Toneti dos Santos	+55 (47) 99608-2645
Norberto Luiz Cabral	
Vinícius	

“As informações deste termo são importantes e incluem o contato com o pesquisador responsável pela pesquisa. Orienta-se que você salve como *print* de tela e/ou imprima este documento guardando-o com você.”

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO – FISIOTERAPEUTAS**Fisioterapeutas**

1. Em que país você mora?

2. Em que cidade você trabalha?

3. Qual a sua idade?

- 20 a 30 anos
 30 a 35 anos
 35 a 40 anos
 40 a 50 anos
 > 50 anos

4. Qual a sua especialização?

5. Você tem especialização para atender pacientes com AVC?

- Sim
 Não
 Não sei

6. O hospital onde atende tem unidade de AVC?

- Sim
 Não
 Não sei

7. Quantos paciente com diagnóstico de AVC você atende por semana?

- 1 a 5
 5 a 10
 10 a 15
 15 a 20
 Mais que 20

8. Quanto gestão de atendimento do hospital em que trabalha, ele é:

- Público
 Privado
 Público e Privado (Misto)

9. Quantos pacientes você atende simultaneamente?

- Até 2
 3 a 4
 Mais que 4
 Os atendimentos são individuais

10. Em média, qual a duração das sessões de fisioterapia?

- 30 minutos
- 01 hora
- 02 horas
- Mais que 02 horas

11. Quais são as técnicas que você aplica rotineiramente?

12. Qual a classificação de funcionalidade que você utiliza?

- MIF (Medida de Independência Funcional)
- Não uso
- CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade)
- Não sei
- Tenho uma própria (Não validada)

13. Você atende pacientes pós AVC que fazem tratamento com Toxina Botulínica?

- Sempre
- Quase sempre
- Nunca
- Não sei

14. Na sua opinião, atender pacientes com sequela de AVC é mais complexo quando comparado a outros pacientes?

- Sim, é mais complexo
- Não há diferença
- Não sei

15. Pessoalmente, você gosta de atender esses pacientes?

- Sim
- Não
- Não sei

16. Você acha que sua remuneração para atender esses pacientes é:

- Aviltante
- Insuficiente
- Adequada
- Estimulante

27. Quantos pacientes novos entram por mês em terapia?

- 1 a 10
- 10 a 20
- 20 a 50
- 50 a 100
- Mais de 100

APÊNDICE C – ARTIGO

ATENDIMENTO DE REABILITAÇÃO FÍSICA AO PACIENTE PÓS-AVC: A VISÃO DO FISIOTERAPEUTA

Ariane Ribas Toneti dos Santos, Norberto Luiz Cabral, Vinicius Antônio Soares

OBJETIVO

Analisar os principais aspectos do atendimento fisioterapêutico ao paciente pós AVC na visão do próprio profissional da área.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo *Survey* de característica transversal descritivo, desenvolvido entre os meses de Março de 2019 a Março de 2020 através de pesquisa em plataforma on-line, contemplando questionário com a temática: Reabilitação pós AVC, que foi encaminhado os fisioterapeutas atuantes no estado de Santa Catarina, com posterior análise descritiva padrão dos dados obtidos.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo um total de 102 fisioterapeutas atuantes no estado de Santa Catarina, sendo o maior número de respostas concentrados na micro região de Joinville. A faixa etária desses fisioterapeutas é de 35 a 50 anos, e a maior parte (54,1%) afirmou ter especialização para atender pacientes com sequela de AVC. 72,2% desses profissionais atuavam em algum serviço público de saúde. As técnicas identificadas como mais prevalentes no atendimento de pacientes pós AVC por esses fisioterapeutas foram a cinesioterapia, essa citada por 40 dos respondentes, seguida da técnica de Bobath referida por 29 dos profissionais entrevistados. Com relação a escala funcional utilizada houve predomínio das escalas de MIF e CIF. Grande parte dos fisioterapeutas 58,8% concordam que o atendimento a paciente com sequela de AVC é mais complexo, e 62% consideram a remuneração para esse atendimento inadequada, entretanto 82,4% desses profissionais gostam de atender a esses pacientes.

CONCLUSÃO

Os resultados expressos nos estudos demonstram fragilidades quanto à qualificação dos fisioterapeutas atuantes no estado de Santa Catarina no processo de reabilitação pós-AVC, bem como a insatisfação desses profissionais quanto à remuneração atribuída para o desenvolvimento dessa atividade. Mostra-se necessário investimento em melhor formação profissional e maior valorização do profissional. Entretanto mesmo perante as dificuldades encontradas os profissionais demonstraram satisfação em participar do processo de reabilitação desses indivíduos, mostrando grande potencial de humanização e atenção com os que necessitam da ajuda desses profissionais. Dessa maneira fica evidente a necessidade de

investimento na capacitação profissional, sobretudo na educação continuada, como nas especializações ou residências, e sem dúvida, uma maior valorização do profissional para que esse apresente entusiasmo e motivação para atuar no manejo de pacientes com tamanha complexidade.

Palavras Chave:

Acidente Vascular Cerebral, Reabilitação, Fisioterapia (DeCS)

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é atualmente considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo responsável por 5,5 milhões de mortes anualmente, foi apontado assim como a segunda principal causa de morte no Mundo em 2018, e tido na atualidade como a doença mais incapacitante de acordo com a Organização Pan Americana de Saúde.^{1,2} A incidência de AVC tem aumentado exponencialmente em países de baixa e média renda como o Brasil, sendo observada uma incidência 40% maior de letalidade do que em países de alta renda.^{3,4}

Apesar dos índices expressivos de letalidade, o AVC é responsável por uma grande carga de sequelas e de incapacidade, sendo responsável por 44 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade (DALYs) anualmente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 2005 e 2015 houve um aumento de 22% nos DALYs associados ao AVC isquêmico (AVCI).^{5,2} A incapacidade também atinge os países de baixa e média renda mais intensamente, já que esses tiveram 77% mais DALY's do que países de alta renda.^{3,4,6}

Em 2013 um estudo epidemiológico com o objetivo de mensurar o número de pacientes com incapacidade pós-AVC foi realizado no Brasil, os resultados apontaram 2.231.000 indivíduos com sequela de AVC, e desses, 568.000 apresentando incapacidade grave.⁷ Um terço dos pacientes acometidos pelo AVC sobrevive com incapacidades permanentes durante toda a vida, sendo que 70% não retornam as atividades laborais após a doença e cerca de 50% tornam-se dependentes de outras pessoas para as atividades do cotidiano. No Brasil, um estudo de coorte mostrou que um terço dos sobreviventes de AVC apresentam dependência funcional durante o primeiro ano após o acometimento.^{8,9,10}

A incapacidade física ocasionada por doenças como o AVC são responsáveis pelo afastamento dos indivíduos das atividades laborais, e conseqüente redução das rendas familiares e redução

da produtividade. O ônus ocasionado pelo AVC para a sociedade brasileira é imenso, em 2007, o país perdeu cerca de US\$ 2,7 bilhões em produto interno bruto na saúde com cuidados relacionados somente a doenças cardíacas (DCV), AVC e diabetes (DM).^{11,12}

Tendo em vista o impacto da doença mais da metade dos pacientes acometidos pelo AVC necessitam de reabilitação, essa tem como objetivo devolver a capacidade de realizar tarefas, mesmo que algum grau de incapacidade permaneça.^{13,14}

A reabilitação física assume um papel de extrema importância, pois almeja atribuir certo grau de independência, melhorando a qualidade de vida do paciente e consecutivamente promovendo a reintegração social.¹⁵ A importância da fisioterapia na reabilitação pós AVC é apontada como acelerador da recuperação, com a capacidade de minimizar as incapacidades dos indivíduos com sequelas de AVC, melhorando a realização das atividades diárias e aumentando sua autonomia¹⁶, produzindo resultados positivos para pessoas com problemas cerebrovasculares e neurológicos.¹⁷

Nesse contexto, o profissional fisioterapeuta tem grande relevância, pois cabe a ele identificar as funções comprometidas e estimulá-las, com o objetivo de melhorar a funcionalidade do indivíduo acometido, reestabelecendo sua inserção no meio social e consequente melhoria na qualidade de vida.¹⁸ Sendo assim vale ressaltar a importância do conhecimento do fisioterapeuta sobre os instrumentos de avaliação e as intervenções adequadas para a reabilitação dessa população.¹⁹

Contudo diversas vezes a falta de percepção sobre o impacto das sequelas após o AVC e a necessidade de reabilitação leva a dificuldades na prestação desses cuidados, sendo principalmente associada à desarticulação nos serviços, tornando falha a abordagem com relação à reabilitação pós-AVC, impossibilitando a atuação do fisioterapeuta em quantidade e qualidade suficientes, capaz de responder às demandas epidemiológicas nas diversas áreas.^{9,20}

Com isso o principal objetivo desse estudo é explorar os principais aspectos do atendimento fisioterapêutico ao paciente pós AVC na visão do fisioterapeuta, e avaliar a necessidade de um programa de um programa de educação permanente em saúde dos profissionais dessa área para aprimorar o atendimento desses pacientes.

MÉTODOS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa atendendo aos pressupostos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), recebendo parecer consubstanciado registrado sob o número 3.240.827.

Trata-se de um estudo de característica transversal descritivo, desenvolvido entre os meses de Março de 2019 a Março de 2020 através de pesquisa em plataforma on-line, que compreendeu o estado de Santa Catarina, incluindo todas as cidades localizadas no estado.

Foram adotados como participantes fisioterapeutas devidamente registrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da décima região (CREFITO-10), sem necessidade de títulos de especialização.

A coleta de dados foi realizada através de plataforma *on-line* de questionários. O método foi escolhido tendo em vista a inviabilidade da coleta de dados pessoalmente, devido ao tamanho esperado da amostra e a distância geográfica entre a cidade de origem da pesquisa e os locais de coleta.

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa responderam a um questionário estruturado composto por 16 questões, sendo 04 dissertativas e 12 de múltipla escolha questões de múltipla escolha e dissertativas relacionadas ao tema: “Acesso a reabilitação após o AVC na rede pública de saúde”. O questionário foi elaborado pelos pesquisadores deste estudo, sem embasamento prévio em modelos anteriormente utilizados, utilizando e dados obtidos na literatura sobre a temática relacionado ao objetivo do trabalho. Para a validação das questões o mesmo foi revisado por 1 médico neurologista e 2 fisioterapeutas com especialização em reabilitação neurológica com o objetivo de ajustar as questões a realidade dos profissionais e evitar possíveis vieses de resposta.

Para evitar duplicação de respostas, ou seja, que o mesmo participante responda o questionário duas vezes, foi permitido apenas um acesso ao questionário por “protocolo de internet” (endereço de IP).

Para análise de dados foi utilizada estatística descritiva padrão visando explorar as características dos grupos respondentes e o acesso ao atendimento em serviços de reabilitação

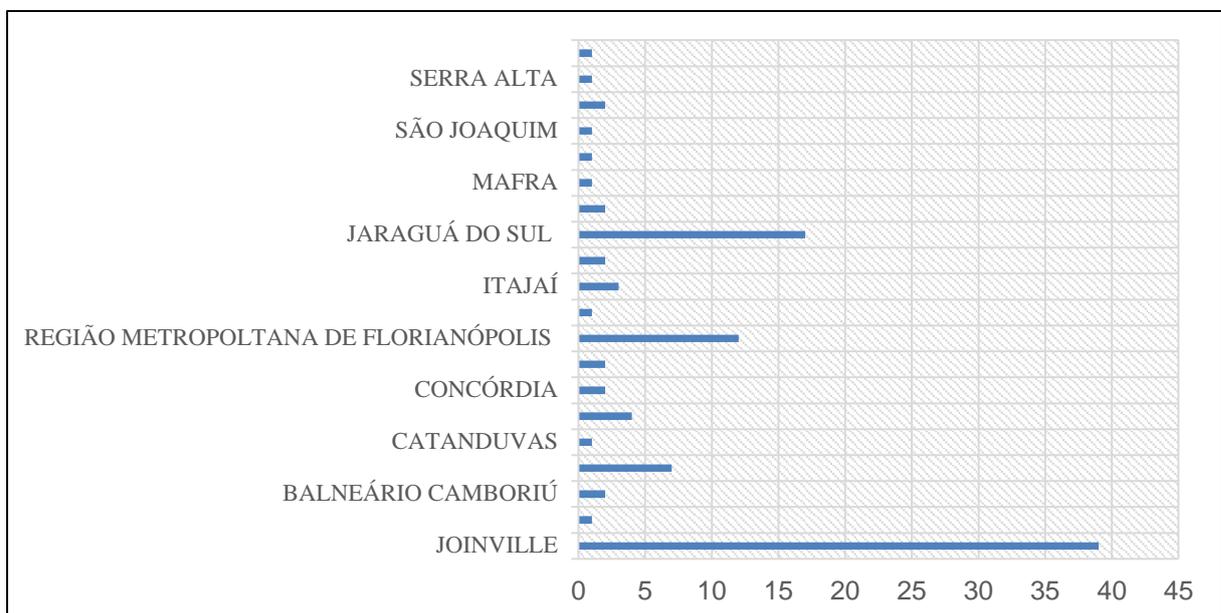
pós AVC. Os dados foram tabulados em planilha Excel® e posteriormente analisados quanto ao percentual total de respostas em cada questão.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo um total de 102 fisioterapeutas do estado de Santa Catarina localizado na região Sul do Brasil. É importante frisar que as respostas não eram obrigatórias, ou seja, em alguns momentos o número de respondentes variaram em diferentes questões.

Quando analisadas as respostas sobre a cidade de residência e atuação dos fisioterapeutas a totalidade dos participantes responderam a questão, sendo que a maior parte dos respondentes 38,2% (39) residia na cidade de Joinville, seguido pela cidade de Jaraguá do Sul, conforme figura 1.

Figura 1. Cidade de residência e atuação dos Fisioterapeutas



Dentre as características dos respondentes observa-se o predomínio a faixa etária de 35 a 50 anos (55,9%). Mais da metade dos fisioterapeutas (54,1%) afirmou ter especialização para atender pacientes neurológicos, sendo que desses a maior parte (60,4%) refere ter o título a pelo menos 05 anos.

Com relação ao local de trabalho apenas 93 dos participantes responderam a essa questão, e desses 25,8% (24) afirmaram atuar somente em locais de gestão particular, sendo então 72,2% atuantes no serviço público de saúde.

O número de pacientes atendidos por semana pelos fisioterapeutas foi de 1 a 5 por 54,2% dos fisioterapeutas, com duração de 30 minutos a 1 hora cada sessão (97%).

Quanto as técnicas empregadas nas sessões de terapia 91 participantes do estudo responderam a essa questão, sendo que o número e tipo de técnicas variaram de acordo com o respondente, já que tratava-se de uma questão dissertativa com grande possibilidade de variação das respostas. Como resultado a essa questão observou-se uma predominância da técnica de cinesioterapia, essa citada por 40 dos respondentes, seguida da técnica de Bobath referida por 29 dos fisioterapeutas. Algumas das respostas obtidas não foram consideradas técnicas, devido à baixa especificidade das respostas, sendo exclusas da análise desses dados. O restante das técnicas citadas podem ser observadas na tabela 01.

Tabela 1. Técnicas aplicadas pelos fisioterapeutas nas sessões de reabilitação

TÉCNICAS	N
CINESIOTERAPIA	40
BOBATH	29
FNP/KABAT	22
TERAPIA MANUAL	10
TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	9
ELETROTERAPIA	7
TERAPIA DO ESPELHO	5
BANDAGEM	5
JOGOS VIRTUAIS/JOGOS SÉRIOS	4
MOBILIZAÇÃO PRECOCE (Hospitalar)	4
TRIM	3
PRÁTICA MENTAL	3
TREINO ORIENTADO A TAREFA	3
PILATES	2
THERASUIT	2
DUPLA TAREFA	2
BIOFEEDBACK	1
ACUPUNTURA	1
REABILITAÇÃO VESTIBULAR	1

Os profissionais responderam ainda a questão sobre a escala de funcionalidade que utilizavam com os pacientes, dos 102 respondentes 36 (35,3%) disseram utilizar a Medida de Independência Funcional (MIF), seguida da Classificação Internacional de Funcionalidade

(CIF) (25,5%), houveram ainda os que não utilizavam nenhuma escala (17,7%), bem como aqueles que disseram utilizar uma escala própria não validada (13,7%) e os participantes que não sabiam ou utilizavam outras escalas (7,8%).

Os profissionais foram indagados também sobre a complexidade em atender pacientes com AVC e 58,8% dos 102 fisioterapeutas concordam que o atendimento a esse tipo de paciente é mais complexo. Dados expressivos foram observados quando analisamos a questão sobre a percepção do profissional sobre a remuneração para atender esse público, onde 62% consideram a remuneração inadequada ou degradante, conforme observado na tabela 02. Apesar da complexidade e baixa remuneração 82,4% dos fisioterapeutas gostam de atender esses pacientes.

Tabela 2. Questionário Fisioterapeutas

QUESTÃO	%	N
Idade		
20 -30	20,6%	21
30 - 35	18,6%	19
35 - 40	25,5%	26
40 - 50	30,4%	31
> 50	4,9%	5
Especialização em neurologia		
Não	45,9%	45
Sim	54,1%	53
Há quanto tempo é especialista em neurologia?		
< 1 ano	5,1%	5
1-5 anos	17,4%	17
5-10 anos	13,3%	13
> 10 anos	19,4%	19
Gestão do local em que trabalha		
Público	49,5%	46
Privado	25,8%	24
Público e Privado (Misto)	24,7%	23
Privado	25,81%	24
Público e Privado (Misto)	24,73%	23

Continua

Tabela 2. Questionário Fisioterapeutas (*Continuação*)

Número de paciente com AVC atendidos por semana		
1 - 5	54,2%	52
5 - 10	27,1%	26
10 - 15	10,4%	10
15 - 20	2,1%	2
>20	6,3%	6
Número de pacientes atendidos simultaneamente		
1-2	52,6%	51
3-4	4,1%	4
>4	7,2%	7
Apenas um	36,1%	35
Duração da sessão de fisioterapia		
30 minutos/minutes/minutos	49,5%	49
01 hora/hour/hora	47,5%	47
02 horas/hours/horas	2,0%	2
>02 horas/hours/horas	1,0%	1
Atender pacientes com AVC é mais complexo?		
Sim, é mais complexo	58,8%	60
Não há diferença	37,3%	38
Não sei	3,9%	4
A remuneração para atender pacientes neurológicos é:		
Aviltante	3,0%	3
Insuficiente	59,0%	59
Adequada	34,0%	34
Estimulante	4,0%	4

DISCUSSÃO

Fizeram parte deste estudo um total de 102 fisioterapeutas atuantes no estado de SC, outros estudos que almejam entender o acesso a reabilitação pós AVC tiveram amostras semelhantes a encontrada nessa pesquisa.^{21, 22, 23}

De acordo com o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia ocupacional da 10ª região (CREFITO-10) que tem como incumbência fiscalizar o exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional no estado de SC existia até a data de 07/04/2020 um total de 9495 fisioterapeutas inscritos ativos no estado.

Entretanto vale salientar que no estado existem somente 99 profissionais credenciados a Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional, sendo 13 na cidade de Joinville e 5 na cidade de Jaraguá do Sul, cidades essas que registaram o maior número de respostas do *survey*,

com 39 e 17 fisioterapeutas respondentes respectivamente, tornando a amostra significativa quando analisados o número de especialistas em atendimento neurológico. Entretanto vale frisar que o cadastro junto ao ABRAFIN não é obrigatório, mas que a maior parte dos especialistas são credenciados.^{24,25}

Na população estudada mais da metade dos fisioterapeutas (54,1%) afirmou ter especialização para atender pacientes neurológicos, sendo que desses a maior parte (60,4%) refere ter o título a pelo menos 5 anos, dados importantes a serem analisados já que o conhecimento do terapeuta bem como as técnicas utilizadas na terapia são preditivos da melhora funcional do pacientes.²⁶

Um estudo conduzido por Neves et al, no ano de 2004 apontou que 50% dos fisioterapeutas apresentavam dúvidas de como manejar pacientes com esse diagnóstico e ainda 90% alegava ter dificuldade de prestar esse tipo de atendimento, resultados que vão de encontro com os obtidos nessa pesquisa, onde 58,8% Os fisioterapeutas afirmou que o atendimento a esse tipo de paciente é mais complexo.²⁶

O AVC ocasiona um grande número de sequelas e incapacidades influenciando negativamente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, destacando a importância do fisioterapeuta conhecer os instrumentos de avaliação e as intervenções adequadas para a reabilitação desses indivíduos.²⁷

Entretanto apesar da importância do conhecimento do profissional acerca do manejo dos pacientes com sequelas pós AVC poucos estudos no sentido de conhecer o perfil acadêmico desses profissionais foram realizados, mostrando uma fragilidade quanto ao cuidado ao qual esse paciente está recebendo.

Questão essa que pode influenciar ainda no acesso que o paciente está alcançando nos serviços de reabilitação. Um estudo realizado em Unidades de Saúde Comunitária de Porto Alegre, observou que a frequência de encaminhamentos de pacientes com necessidade de reabilitação à serviços de fisioterapia, foi extremamente baixa, atribuindo esse fato a falta de confiança nas clínicas que prestam de serviço de terapia fisioterapêutica, reduzindo o número de encaminhamento pelos médicos,²⁸ o que nesse caso pode ser reafirmado pelo número reduzido de profissionais de reabilitação com conhecimento específico para atender pacientes com sequelas de AVC.

Tendo em vista ainda a importância do trabalho do fisioterapeuta na vida dos indivíduos acometidos pelo AVC ressaltasse a notoriedade do conhecimento desse profissional sobre os instrumentos de avaliação e as intervenções adequadas para a reabilitação dessa população.²⁷

A avaliação dos pacientes com sequela neurológica devem levar em consideração a funcionalidade e a incapacidade, termos abrangentes que denotam os aspectos da funcionalidade sob uma perspectiva biológica, individual e social, a mensuração do déficit motor, cognitivo e sensitivo, e visam contribuir para análise e escolha da terapia adequada afim de atingir o sucesso no processo de reabilitação e para isso é indicado o uso de escalas validadas.^{29,30}

Dentro desse conceito as Classificações de MIF e CIF são as mais amplamente utilizadas para mensurar os déficits de pacientes neurológicos, sendo a CIF um modelo para a organização e documentação de informações sobre funcionalidade e incapacidade, que leva em consideração a funcionalidade como interação entre as condições de saúde, fatores ambientais e os fatores pessoais,³⁰ e a MIF mensura capacidade funcional e de independência, estimando o grau de limitação e dificuldade apresentados por cada paciente.³¹

Entretanto, outras escalas podem ser utilizadas para mensurar a capacidade funcional dos indivíduos, dentre essas podem ser citados o Índice Katz de Independência em Atividades de Vida Diária (AIDS), o Índice de Barthel e a *Functional Independence Measure* (FIM), em português, Medida de Independência Funcional (MIF).²⁹

Quando questionados sobre as escalas utilizadas para a mensuração dos déficits apresentados pelos pacientes acometidos por AVC 35,3% disseram utilizar a MIF, seguida da CIF (25,5%), entretanto apesar dos indicadores para o uso de escalas validadas para o atendimento desses pacientes 17,7% afirmaram não utilizar nenhuma escala, 13,7% disseram utilizar uma escala própria não validada, e os outros 7,8% não sabiam ou utilizavam outras escalas.

Ainda com o objetivo de Identificar as técnicas mais utilizadas nos atendimentos de reabilitação pós AVC os fisioterapeutas foram indagados quanto as técnicas empregadas no atendimento dos pacientes com sequelas de AVC, a maior parte dos respondentes (40) citaram a cinesioterapia como técnica de utilizada, seguida pela técnica de Bobath (29), Kabat (22), terapia manual (10), técnicas de fisioterapia respiratória (9), eletroterapia (7), terapia do espelho (5), bandagem (5), jogos sérios (4) e em menor número as técnicas de TRIM, prática mental,

treino orientado a tarefa, pilates, therasuit, dupla tarefa, biofeedback, acupuntura e reabilitação vestibular.

As técnicas aplicadas tem o objetivo de estimular mecanismos de reorganização neural, na tentativa de recuperar ao máximo as funções sensoriomotoras dos pacientes, portanto a técnica a ser utilizada, deve levar em consideração o quadro atual do paciente e o que espera-se com relação ao seu prognóstico.^{32,33}

Uma revisão sistemática realizada por Langhammer e Stanghelle (2011)¹⁹ comparou a eficácia da técnica de Bobath, amplamente utilizada na reabilitação pós AVC, com as abordagens fisioterapêuticas tradicionais, embora tenham sido notadas melhorias na função motora dos indivíduos a técnica não se mostrou superior as técnicas tradicionais comparadas, apontando ainda que exercícios orientados do tipo Programa de Aprendizagem Motora são preferíveis em relação à qualidade do movimento quando na reabilitação de fase aguda de pacientes.

Outra revisão sistemática, essa com o objetivo de realizar um levantamento acerca das diferentes intervenções fisioterapêuticas na qualidade de vida dos pacientes após o AVC concluiu que terapias como: treino de marcha com suporte parcial de peso corporal, terapia espelho, terapia por restrição e indução do movimento, treino de equilíbrio, treino aeróbico, cinesioterapia e suas variações, quando empregadas conjuntamente na intensidade correta conseguem potencializar o reestabelecimento das capacidades físicas dos indivíduos.²⁰

O *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery* de 2016³⁴ traz como evidência para reabilitação motora que a caminhada em esteira (com ou sem suporte de peso corporal) ou treino de exercício de caminhada em solo combinado com reabilitação convencional pode ser razoável para recuperação da função de caminhar (grau de evidência B), sugere ainda que não há evidências suficientes para recomendar acupuntura para facilitar a recuperação motora e da mobilidade (grau de evidencia B).

De forma geral é plausível concluir que o modelo de reabilitação deve levar em consideração quadro do paciente em suas diversas fases de acordo com a avaliação realizada pelo próprio fisioterapeuta.³²

É notório ainda que a maior parte dos fisioterapeutas (74,2%) prestavam serviços locais com algum tipo de gestão pública realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo e 1 a 5 pacientes com sequela de AVC por semana (54,2%), com atendimentos com duração de 30

minutos a 1 hora (97%) atendendo no máximo 2 pacientes de forma simultânea (88,7%). De acordo com a constituição federal de 1988 a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, a partir daí foi criado o SUS, que tem como premissa garantir o acesso integral, universal e gratuito a todo cidadão brasileiro.³⁵ O sistema objetiva oferecer assistência à população com base na proteção, prevenção, promoção e recuperação da saúde.³⁶

Dentro dessa proposição os serviços de fisioterapia tem apresentado significativo crescimento na demanda por atendimento dentro do SUS em todas as suas especialidades.³⁷

Apesar da crescente demanda para atendimento pela fisioterapia no SUS estruturas e processos precisam ser otimizados estabelecendo um sistema adequado para reabilitação permitindo melhores processos de atendimento pelos profissionais.³⁸

Lamentavelmente os profissionais não foram indagados nesse estudo quanto aos aspectos da atuação ou melhorias necessárias dentro do sistema de saúde, o que possivelmente daria uma visão das dificuldades de atuação, aplicação de métodos ou protocolos que poderiam ser explicados por esses aspectos. Já que o custo muitas vezes alto despendidos aos serviços de reabilitação impacta na escassez e na qualidade desses serviços.³⁹

Contudo foram observadas respostas desses fisioterapeutas quanto a remuneração para prestar atendimento a esses pacientes, onde 62% consideram a remuneração inadequada ou degradante, resultados também observados em um trabalho desenvolvido com profissionais da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas que visava avaliar a satisfação desses profissionais, e apontou que o aspecto de menor satisfação dos fisioterapeutas são aqueles referentes à remuneração, quesito que apresentou o pior resultado relacionado a satisfação profissional⁴⁰. Desfecho similar ao encontrado em um estudo na cidade de Bogotá na Colômbia, em que os fisioterapeutas entrevistados consideram os salários baixos para as funções desenvolvidas⁴¹.

Apesar da complexidade dos atendimentos e da baixa remuneração 82,4% dos fisioterapeutas dizem gostar de atender pacientes com sequela de AVC. Fato que pode ser explicado pela sensação de utilidade e funcionalidade que o trabalho gera na vida desses profissionais⁴². A satisfação no trabalho é definida por Graça (1999), como resultado da avaliação que cada um faz de acordo com o grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais, se está de acordo com aquilo que ela esperava obter.

O trabalho ocupa lugar central na vida humana, preenchendo grande parte do espaço e do tempo disponível no estilo de vida contemporâneo. Ele não é apenas um meio de satisfação de necessidades básicas, mas sim fonte de identificação e desenvolvimento de potencial⁴².

CONCLUSÃO

Os resultados expressos nos estudos demonstram fragilidades quanto a qualificação desses profissionais atuantes no estado de Santa Catarina no processo de reabilitação pós-AVC, bem como, a insatisfação desses profissionais quanto a remuneração atribuída para o desenvolvimento dessa atividade.

Fatos esses preocupantes levando em consideração a importância do papel do fisioterapeuta na recuperação da qualidade de vida das pessoas acometidas por uma doença tão incapacitante. O fisioterapeuta apresenta papel central e extremamente importante na reabilitação pós-AVC, pois é capaz de minimizar as incapacidades atribuídas pelo AVC, atribuindo maior grau de independência e funcionalidade ao indivíduo, reestabelecendo sua reinserção no meio social e melhorando sua qualidade de vida.

É importante frisar que mesmo perante as dificuldades encontradas para prestar assistência a esses pacientes, o alto grau de formação exigido e o baixo reconhecimento (remuneração), esses profissionais demonstraram satisfação em participar do processo de reabilitação desses indivíduos, mostrando grande potencial de humanização e atenção com os que necessitam da ajuda desses profissionais.

Mostra-se assim, necessário investimento na capacitação profissional, sobretudo na educação permanente em saúde, como nas especializações ou residências, e sem dúvida, uma maior valorização do profissional para que esse apresente entusiasmo e motivação para atuar no manejo de pacientes com tamanha complexidade. Sugerimos a partir dos resultados encontrados que mais trabalhos sejam desenvolvidos avaliando a atuação desses profissionais, bem como possíveis melhorias que visem facilitar e nortear o processo de reabilitação, garantindo que os pacientes acometidos por AVC recebam um serviço de excelência e que os fisioterapeutas tenham aporte para poder executar os a reabilitação com maestria.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- ¹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **10 principais causas de morte no mundo**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0>. Acesso em: 25. Abr. 2020.
- ² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Rehabilitation 2030. **The need to scale up rehabilitation**. 2018. Disponível em: <<https://www.WHO.int/disabilities/care/Need-to-scale-up-rehab-July2018.pdf?ua=1>>. Acesso em: 25. Abr. 2020.
- ³ HANKEY, G. J. **The global and regional burden of stroke**. The Lancet Global Health, v. 1, n. 5, p. e239–e240, 2013.
- ⁴ GO, A. S. et al. **Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics**. 2014. Update Circulation, v. 129, n. 3, p. 399–410, 2014.
- ⁵ MUKHERJEE, D.; PATIL, C. G. **Epidemiology and the global burden of stroke**. World Neurosurgery, v. 76, n. 6 SUPPL., p. S85–S90, 2011.
- ⁶ AVEZUM, Á. et al. **Stroke in Latin America: Burden of Disease and Opportunities for Prevention**. Global Heart, v. 10, n. 4, p. 323–331, 2015.
- ⁷ 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**. Brasília. 2013.
- ⁸ DONNAN, G. A. et al. **Stroke**. Lancet, v. 371, n. 9624, p. 1612–23, 2008.
- ⁹ ABDUL AZIZ, A. F. et al. **The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): A shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services**. BMC Health Services Research, 2017.
- ¹⁰ DE CAMPOS, L. M. et al. **How many patients become functionally dependent after a stroke? A 3-year population-based study in Joinville, Brazil**. PLoS ONE, v. 12, n. 1, p. 1–12, 2017.
- ¹¹ CABRAL, N. L. **Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo**. n. 109, 2009.
- ¹² MARTINS, S. O. et al. **Past, present, and future of stroke in middle-income countries: the Brazilian experience**. International Journal of Stroke. n. 6, p. 1–6, 2013.
- ¹³ RIBERTO, M. et al. **Independência funcional de pacientes com lesão medular Functional Independence of spinal cord injured patients**. Acta fisiatr 2005; 12(2): 61-66 2005.
- ¹⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais**. Genebra, Organização Mundial da Saúde.2006.
- ¹⁵ TOMÁS, R. et al. **ORIGINAL WORK A Idade é uma Variável Preditora da Funcionalidade após Acidente Vascular Cerebral? Um Estudo multi-análises**. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação v. 17, n. 1, p. 44–48, 2009.

- ¹⁶ DALTRO, M. C. S. L. **Avaliação da funcionalidade de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral através da escala de Rankin**. Fisioterapia Brasil, [S.l.], v. 19, n. 5, p. S192 - S199, nov. 2018. ISSN 2526-9747. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2622>>. Acesso em: 01 maio 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.33233/fb.v19i5.2622>.
- ¹⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Rehabilitation 2030**. Disponível em: <<https://www.OMS.int/rehabilitation/rehab-2030/en/>>. 2017. Acesso em 03. Abr. 2020.
- ¹⁸ CECATTO, R. B.; ALMEIDA, C. I. DE. **O planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico**. Acta fisiatr. 2010; 17(1): 37 – 43 2008.
- ¹⁹ LANGHAMMER B., STANGHELLE J.K. **Can physiotherapy after stroke based on the Bobath concept result in improved quality of movement compared to the motor relearning programme**. Physiother Res Int. 16:69–80; 2011.
- ²⁰ BARROS. **Análise de Intervenções Fisioterapêuticas na Qualidade de Vida de Pacientes Pós-AVC**. Rev Neurocienc 2014;22(1):75-79 v. 22, n. 2, p. 308–314, 2014.
- ²¹ FARIA, C. D. C. M.; ARAÚJO, D.C.; CARVALHO-PINTO, B. P.B. **Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke**. Fisioter Mov. 2017 Jul/Sep;30(3):527-536.
- ²² MENDES, L.M. **acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral aos serviços de fisioterapia**. Rev enferm UFPE on line. Recife, 10(2):387-94, fev., 2016.
- ²³ ROOSINK, M. et al. **Persistent shoulder pain in the first 6 months after stroke: Results of a prospective cohort study**. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 92, n. 7, p. 1139–1145, 2011.
- ²⁴ ABRAFIN. Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional. **Ache um associado**. Disponível em: <<https://abrafim.org.br/encontre-seu-fisioterapeuta/>>. Acesso em: 05. Maio. 2020.
- ²⁵ CONSELHO FEDERAL E OS CONSELHOS REGIONAIS DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (CREFITO-10). **Quantitativo de inscritos – ativos**. Disponível em: <<http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?ids=4#>>. Acesso em: 29. Abril. 2020.
- ²⁶ NEVES, P. et al. **Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada**. Revista Neurociências, v. 12, n. 04, p. 173–181, 2004.
- ²⁷ LANGHAMMER, B.; STANGHELLE, J. K.; LINDMARK, B. **Exercise and health-related quality of life during the first year following acute stroke**. A randomized controlled trial. v. 22, n. February, p. 135–145, 2008.
- ²⁸ SILVA, G. G.; SIRENA, S. A. **Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 1, p. 265–275, 2015.
- ²⁹ FONSECA, F.B., RIZZOTTO, M. L. F. **Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos**. Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 365-73.
- ³⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS
- ³¹ SILVA, G.A., et al. **Avaliação funcional de pessoas com lesão medular : functional assessment of people with spinal cord injury**. Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 929-36.
- ³² PIASSAROLI, C. A. P. et al. **Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico**. Rev Neurocienc v. 20, n. 1, p. 128–137, 2012.

- ³³ FONTES S.V., FUKUJIMA M.M. **Recuperação da Motricidade**. In: Levy JA, Oliveira ASB (eds). *Reabilitação em doenças neurológicas: Guia terapêutico prático*. São Paulo: Atheneu, 2003, p.65-72.
- ³⁴ WINSTEIN C. J. et al. **Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association**. Which published online May 4, 2016, and appeared in the June 2016 issue of the journal (*Stroke*. 2016;47:e98-e169. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098).
- ³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 05. Maio.2020.
- ³⁶ OLIVEIRA, D.C. et al. **A política pública de saúde brasileira : representação e memória social de profissionais**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):197-206, jan, 2008
- ³⁷ ALELUIA. I. R. S.; SANTOS, F.C. **Auditoria em fisioterapia no Sistema Único de Saúde : proposta de um protocolo específico**. *Fisioter Mov*. 2013 set/dez;26(4):página 725-41.
- ³⁸ TEASELL, R. et al. **Stroke rehabilitation: An international perspective**. *Topics in Stroke Rehabilitation*, v. 16, n. 1, p. 44–56, 2009.
- ³⁹ TEASELL, R. W. et al. **Early Supported Discharge in Stroke Rehabilitation**. *Topics in Stroke Rehabilitation*, v. 10, n. 2, p. 19–33, 2003.
- ⁴⁰ MARTINS, P. L. C. **Fisioterapia, no Ramo de Especialidade em Músculo-esquelética: Satisfação Profissional dos Fisioterapeutas Inseridos no Mercado de Trabalho Nacional**. 2019. 90 p. Dissertação. Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Lisboa. 2019.
- ⁴¹ VALENZUELA-CAZÉS A.; RAMÍREZ-CARDONA L. **Workplace of physiotherapists from the Public Health Care Network of hospitals in Bogota**. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2016 Nov-Dec;18(6):880-889.
- ⁴² NAVARRO, V. R.; PADILHA, V. **Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo**. *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 1: 14-20, 2007

AUTORIZAÇÃO

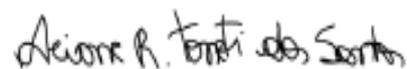
Nome do autor: Ariane Ribas Toneti dos Santos

RG: 10.512.426-0

Título da Dissertação: Atendimento De Reabilitação Física Ao Paciente Pós-Avc: A Visão Do Fisioterapeuta

Autorizo a Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, através da Biblioteca Universitária, disponibilizar cópias da dissertação de minha autoria.

Joinville, 31 de Julho de 2020.



Assinatura do aluno