

DOI: 10.29327/2185320.1.2-4

Passo Fundo, v. 1, n. 2, p. 59-79, Julho-Dezembro, 2021 - ISSN 2675-6919

Acesso e itinerários terapêuticos de indivíduos pós acidente vascular encefálico: o caso de Blumenau/SC

Débora Ewelyn Scheidt¹, Joana Melo de Miranda², José Francisco Gontan Albiero³, Katarina Margareth Araujo Claudino⁴, Sara Betina Baumgarten⁵

1 Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: deborascheidt13@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8554-2954>

2 Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: joanamelo@furb.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1352-6530>

3 Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: chicoalbiero@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9042-395X>

4 E-mail: kaahclaudino@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6999-2410>

5 E-mail: sara_baumgarten@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6090-6339>

Resumo

Objetivo: o Acidente Vascular Encefálico é uma das principais causas de incapacitação, internações e mortes em todo o mundo. Objetivou-se conhecer os itinerários terapêuticos dos indivíduos que sofreram este insulto em Blumenau, bem como seus encaminhamentos e orientações pós alta hospitalar. **Métodos:** pesquisa qualitativa de caráter exploratório, empregando como instrumento a entrevista semiestruturada com roteiro prescrito. **Resultados:** participaram da pesquisa vinte e dois indivíduos. A maioria iniciou seu itinerário terapêutico retornando as suas unidades de saúde e a sequência de seu percurso é variável. Foi identificado uma variedade de fluxos, orientações e tempos para o início do processo de reabilitação. **Considerações finais:** as discrepâncias encontradas impactam diretamente no processo de reabilitação uma vez que indivíduos bem orientados e a continuidade de tratamento aumentam a perspectiva de uma recuperação com qualidade e autonomia.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde; Acidente Vascular Encefálico; Atendimento Integral à Saúde; Sistemas de saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente

Como citar este artigo /

How to cite item:

clique aqui / click here

Endereço correspondente / Correspondence address

Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Rua Tiradentes, 295 - Passo Fundo/RS - Brasil. CEP 99010-260

Access and therapeutic itineraries of individuals post cerebrovascular accident: the case of Blumenau/SC

Abstract

Objective: the cerebrovascular accident is a main cause of disability, hospitalizations and dead in the whole world. Objective was to know the therapeutic itineraries of individuals that suffered this insult in Blumenau, as well as their referrals and guidelines at hospital discharge.

Methods: qualitative research with and exploratory character, using as instrument the semi-open interview with a prescribed script. **Results:** participated in the research twenty-two individuals. The most start their therapeutic itinerary by returning to their health units and that the sequence of their way is variable. Have been identified variations of flows, guidelines and times for the start of the rehabilitation process. **Final considerations:** the discrepancies found directly impacts the rehabilitation process since well oriented individuals and the continuity of treatment increases the prospect of a recovery with quality and autonomy.

Descriptors: Health services accessibility; Stroke; Comprehensive Health Care; Health Systems; Continuity of Patient Care

Acceso y itinerarios terapéuticos de individuos post accidente vascular cerebral: el caso de Blumenau/SC

Resumen

Objetivo: el accidente cerebrovascular es una de las principales causas de discapacidad, hospitalización y muerte en todo el mundo. El objetivo es conocer los itinerarios terapéuticos de las personas que sufrieron este insulto en Blumenau, así como sus derivaciones y orientaciones al alta hospitalaria. **Métodos:** investigación cualitativa con carácter exploratorio, utilizando como instrumento entrevistas semiestructuradas con un guión prescrito. **Resultados:** participó en la investigación veintidós personas. La mayoría inicia su itinerario terapéutico regresando a sus unidades de salud y que la secuencia de su camino es variable. Se han identificado una variedad de flujos, pautas y tiempos para el inicio del proceso de rehabilitación. **Consideraciones finales:** las discrepancias encontradas impactan directamente en el proceso de rehabilitación, ya que los individuos bien orientados y la continuidad del tratamiento aumentan las perspectivas de una recuperación con calidad y autonomía.

Descriptor: Accesibilidad a los servicios de salud; Accidente Cerebrovascular; Atención integral de salud; Sistemas de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente

Introdução

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a segunda maior causa de mortes no mundo, perdendo apenas para a Cardiopatia Isquêmica. Os dois fatores em conjunto corresponderam a 15,2 milhões de óbitos em 2016, e permanecem na liderança nos últimos 15 anos antes do levantamento.¹

A pessoa afetada pela doença normalmente passa a conviver com algumas sequelas e limitações. A dificuldade do indivíduo de realizar tarefas no seu dia a dia, é conhecida como incapacidade funcional, e ela abrange dois tipos: Atividades Básicas de Vida Diária, relacionadas ao autocuidado, e Atividades Instrumentais de Vida Diária, relacionada a participação no ambiente social. As sequelas físicas e cognitivo-comportamentais das pessoas acometidas pelo AVE, comumente comprometem a capacidade funcional delas, tornando-se assim, dependentes de outras pessoas.²

A atenção primária em saúde apresenta um papel importante para o paciente com AVE, é a partir dela que se pode conseguir os encaminhamentos necessários para promover a reabilitação eficiente. Ressalta também a importância da reabilitação precoce na vida do paciente, favorecendo assim a prevenção de complicações imediatas após o AVE, as quais podem interferir e aumentar na perda de funcionalidade.³

A partir da apresentação dos sinais e sintomas iniciais da patologia até a confirmação diagnóstica, incluindo também o tratamento, existe um trajeto que o paciente e sua família percorrem. Esse trajeto, associado às práticas individuais e socioculturais, na tentativa de solucionar o problema de saúde, é denominado itinerário terapêutico. Além do mais, estudos sobre itinerários terapêuticos auxiliam na compreensão da forma de funcionamento e utilização dos serviços de saúde. Vale salientar que na maioria das vezes os caminhos percorridos são distintos e podem não coincidir com fluxos pré-determinados pelo sistema de saúde, deste modo, um trajeto inadequado pode dirigir-se a um diagnóstico tardio, diminuindo as chances de cura.⁴

Devemos acentuar, que o itinerário terapêutico não se baseia em uma escolha individual focada somente no paciente, mas também nas redes de apoio que o circundam. Além do mais, relaciona-se com uma

diversidade de conhecimentos próximos à realidade sociocultural do paciente, permitindo-o compreender e lidar com o processo de saúde, doença e cuidado.⁵

A cidade de Blumenau conta atualmente com uma rede de atenção à saúde, composta por três hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS): Hospital Santa Isabel, Hospital Santo Antônio e Hospital Misericórdia. Além de sete ambulatórios gerais e 67 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ao nível de atenção secundária o município dispõe da Policlínica Lindolf Bell e demais unidades de saúde, como clínicas no âmbito médico, fisioterapêutico e psicológico, banco de leite, Organizações não governamentais (ONG's), centro de referência de saúde do trabalhador, e demais equipamentos de saúde.

Nos diversos cenários de assistência à saúde do município e de práticas de ensino, é perceptível um descompasso no tempo e no itinerário terapêutico desses indivíduos. Buscar conhecer este percurso foi o motivador deste estudo. Diante do exposto, essa pesquisa objetivou conhecer os itinerários terapêuticos, pós alta hospitalar, dos indivíduos que sofreram AVE em Blumenau, Santa Catarina (SC), bem como seus encaminhamentos e orientações.

Métodos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), sob parecer consubstanciado número 2.908.045 e CAAE 97714818.6.0000.5370. A mesma apresenta uma abordagem qualitativa de caráter exploratório. As pesquisas exploratórias têm como propósito, proporcionar maior familiaridade com o problema, e seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. A coleta de dados desse tipo de pesquisa geralmente envolve um destes: levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiência prática com o assunto e análise de exemplos que estimulem a compreensão.⁶

A pesquisa se estabeleceu mediante coleta de dados, obtidos nas unidades de saúde denominadas de Ambulatórios Gerais do Município de Blumenau e na Clínica de fisioterapia da Policlínica Universitária, pertencente a Universidade Regional de Blumenau (FURB). Constituíram como participantes da pesquisa, indivíduos

com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Encefálico, seja ele hemorrágico ou isquêmico, que obtiveram atendimento e alta hospitalar em Blumenau. Independe para o estudo, o gênero, etnia e condição sócia econômica dos indivíduos.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa para o levantamento de dados, uma entrevista semiestruturada com um roteiro pré estabelecido. O roteiro foi elaborado pela pesquisadora e validado por especialistas participantes do grupo de pesquisa. Contemplou aspectos pertinentes ao itinerário terapêutico, percepção, expectativas e satisfação dos cuidados hospitalares, tempo para início do tratamento, e histórico de vida após os tratamentos realizados.

Foi viabilizada a construção de um estudo piloto, realizado na Clínica de Fisioterapia da FURB que funciona junto a Policlínica Universitária. O objetivo do estudo piloto foi de calibrar o questionário e os entrevistadores no método de coleta de dados, com o desígnio de reconhecer possíveis vieses no planejamento da pesquisa e na execução dos procedimentos antevistos.

A coleta de dados ocorreu em dois períodos, inicialmente em 2018 e posteriormente no segundo semestre de 2019 perfazendo um total de 22 participantes.

Os indivíduos indicados pelos ambulatórios gerais tiveram a coleta de dados realizada em âmbito domiciliar, com as pesquisadoras se deslocando até a residência dos voluntários. Já os pacientes da Policlínica foram entrevistados no mesmo local, no dia em que tinham atendimento agendado.

Nos encontros agendados foram realizados apresentação das pesquisadoras, esclarecimento de todas e quaisquer dúvidas em relação à pesquisa, apresentação e assinatura dos termos de consentimento livre. Para melhor desenvolver a pesquisa e não desprezar relatos importantes, foi viabilizado o uso de um celular como gravador. Posteriormente as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas a análise.

Resultados

Para a análise dos dados foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo. As unidades de registro são agrupadas em subcategorias levando em conta à semelhança de respostas. Em seguida foram

nomeadas as categorias correspondentes aos objetivos específicos com designo de aprofundamento e discussão.⁷

Compôs o estudo, vinte e dois indivíduos atendidos no município de Blumenau. Foram elencados cinco itens para descrever os sujeitos, quanto a: faixa etária, gênero, tipo de AVE, fatores de risco e local de atendimento.

A faixa etária dos participantes da pesquisa oscilou entre o mínimo de quarenta e quatro anos e máxima de setenta e cinco anos, resultando na média de 57,13 anos.

Denota-se, com base nos dados obtidos, o contraste de acometimento por gênero, apontando dezesseis do gênero masculino para seis do gênero feminino. Já os achados referentes à clínica do AVE, apontam ter como minoria o subtipo hemorrágico, destacando cinco destes para dezessete eventos do tipo isquêmico.

Dentre os achados correspondentes aos fatores de riscos para o aparecimento do AVE, sobressai a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), presente em quinze indivíduos, e o tabagismo, sendo dos vinte e dois entrevistados, dez pessoas relataram serem fumantes, sendo desses 3 que pararam de fumar a mais de 15 anos. Dentre os fatores de riscos anteriores ao episódio de AVE, com números menos expressivos, mas eloquentes, foram relacionados ainda: quatro indivíduos com *Diabetes Melitus* (DM), cinco com histórico de etilismo, dois com relação ao estresse, dois indivíduos cardiopatas, um com colesterol ruim alto e um com disfunção na tireoide.

O conjunto de vinte e dois indivíduos que coparticiparam da pesquisa, receberam atendimento e alta hospitalar no Hospital Santa Isabel de Blumenau, tornando esse dado homogêneo.

Os vinte e dois indivíduos entrevistados, iniciaram seus itinerários terapêuticos e cuidados de reabilitação, após a alta hospitalar, por essa razão designa esse acontecimento, como um momento crucial de encaminhamentos e devidas orientações. Do total de participantes, quatorze receberam encaminhamentos e foram orientados a retornarem para a atenção básica, em seus respectivos ambulatórios gerais, sete pacientes necessitaram de atendimento especializado, sendo quatro realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e três por atendimentos em clínicas particulares, e apenas um indivíduo, não recebeu encaminhamentos.

Quanto as orientações durante o processo de alta hospitalar, evidencia-se sobre orientação nutricional que dos vinte e dois indivíduos entrevistados, seis receberam orientações no momento da alta, um foi orientado pelo SAD e os demais quinze indivíduos não relataram nenhum tipo de orientação nutricional. Relativo às orientações de posicionamento, nove indivíduos receberam informações a respeito, ressaltamos que destes, três obtiveram essas orientações do SAD e os demais treze indivíduos, afirmaram não terem recebido nenhuma orientação em relação à posicionamentos. Quanto aos indivíduos entrevistados, somente um, dos vinte e dois indivíduos relatou ter recebido orientações sobre exercícios domiciliares, e somente três, receberam alguma informação sobre mudanças em domicílio.

Quanto ao encaminhamento para o processo de reabilitação, dos vinte e dois usuários entrevistados, somente dois não realizaram nenhum tipo de reabilitação. Vinte deles receberam encaminhamentos no momento da alta hospitalar, detalhando que destes, dez foram encaminhados exclusivamente para Fisioterapia, cinco para Fisioterapia e Fonoaudiologia e cinco necessitaram de atendimento multiprofissional, envolvendo a Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia.

Dos vinte e dois indivíduos, dez obtiveram início da reabilitação de forma ágil. Três obtiveram acesso à reabilitação entre um e quatro meses, após alta hospitalar, três entre quatro e seis meses, e três indivíduos aguardaram mais de um ano para autorização e início da reabilitação.

Dos vinte e dois indivíduos participantes, dezesseis deles estavam realizando algum tratamento no período da entrevista e os demais seis indivíduos estavam sem nenhum acompanhamento específico. Dentre os dezesseis indivíduos em tratamento, nota-se a variedade de fluxos e caminhos que absorveram parte do processo de reabilitação, como o acompanhamento por parte do Centro Especializado em Reabilitação (CER), o Pró-Idoso que faz parte da Fundação Pró-Família, o Serviço de Atenção Domiciliar e clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde e empresas privadas. Dentro dessa gama de fluxo distinto, quatro dos sujeitos no momento da entrevista encontrava-se em atendimento em clínicas do SUS, oito

na Policlínica Universitária, um no CER, um no Pró-Idoso, um com fisioterapia particular, um recebendo reabilitação dentro da empresa.

Quando questionados sobre as atividades que realizam hoje em dia e não realizavam anteriormente, dos oito entrevistados, seis tiveram mudanças significativas perante as atividades de vida diária realizadas, e os outros dois relataram continuar com dificuldade em realizar atividades de vida cotidiana. Os oito entrevistados indicaram melhora perante o tratamento realizado, tornando este um dado uniforme na pesquisa. Outra resposta homogênea foi quanto ao relacionamento familiar, sendo que os oito participantes indicaram a participação ativa de seus filhos e demais parentes na situação de adaptação e apoio emocional à situação.

Discussão dos resultados

Os dados obtidos na pesquisa quanto a idade, gênero e fatores de risco para o AVE, conferem com as informações encontradas na literatura. Entre os fatores de risco temos a Hipertensão Arterial Sistêmica, o tabagismo e a *diabetes mellitus*.

O itinerário terapêutico baseia-se em diferentes recursos acessados e os variados caminhos a serem percorridos pelos sujeitos na busca ao cuidado em saúde. Podemos utilizar os itinerários para compreendermos os processos de saúde-doença-cuidado de uma determinada população.⁵

Diversas pesquisas realizadas com pacientes após o primeiro AVE enfatizam a importância de um modelo de cuidado ao paciente que vai desde a alta hospitalar; atenção domiciliar, com o auxílio da equipe da Estratégia de Saúde da Família; atenção informal, que envolve ação da família e demais responsáveis pelo paciente; e o autocuidado, que compreende estratégias educativas para que a dependência seja minimizada até atingir a independência.²

A seguridade da continuação dos cuidados depende das orientações na alta hospitalar, uma vez que indivíduos bem orientados contribuem para a recuperação do paciente, diminuindo a insegurança de que atitudes tomar. Além de prevenir complicações e evitar reinternações.⁸ Os relatos a seguir, expõem os indivíduos que receberam os encaminhamentos para retornarem à atenção primária a saúde:

“Eu vim pra casa, mas eu não podia me mexer [...] e meu irmão levou ali no postinho o encaminhamento”. (SUJEITO 07)

“Eles falaram pra mim levar os papel no postinho, que dai meu filho levou, pra marcar fisioterapia, dai já fiz lá no Garcia 10 sessão, dai já foi marcado pra cá”. (SUJEITO 19)

No que se refere ao fluxo do usuário dentro do sistema, em meio aos relatos obtidos, notam-se uma inconstância dos fluxos tomados dentro da atenção primária para os encaminhamentos desses indivíduos ao serviço especializado. Alguns indivíduos somente deixam os encaminhamentos, “papel”, recebido no momento de alta hospitalar nas secretarias dos ambulatórios gerais, enquanto outros indivíduos obrigatoriamente devem retirar senha para consultar com médico da família ou clínico geral para então, entrar na fila do sistema de regulação.

Com base nos resultados obtidos, observa-se uma estrutura de diálogo bem consolidada para o atendimento de pacientes críticos, que se configurou através de agendamentos e atendimentos rápidos por parte do Serviço de Atenção Domiciliar e atendimentos particulares, para sete dos vinte e dois indivíduos. Denota-se que quatorze indivíduos, formando a maior parcela do estudo, foram orientados a retornarem pra Atenção Básica, tornando claro o seu papel como porta de entrada e responsável pelo direcionamento na continuidade no tratamento, mas que esse enlace entre as atenções dá-se unicamente através do próprio sujeito, que é o responsável ao procurar o seu Ambulatório de referência.

As orientações quanto a alimentação do paciente se faz necessária devido às complicações advindas da disfagia encontrada em parte dos pacientes com AVE. O AVE pode afetar a nutrição e dieta, devido a uma patologia frequentemente encontrada nos pacientes, a disfagia, sendo esta definida como qualquer dificuldade na deglutição, existente pela disfunção neuromuscular que resulta em fraqueza ou paralisa e/ou perda sensitiva nos músculos associados à deglutição.⁹ A avaliação sistemática da deglutição e a implementação de estratégias adequadas para alimentação de indivíduos pós-AVC, podem contribuir para diminuir o risco de pneumonia aspirativa e morte.¹⁰

As orientações quanto a alimentação foram relativamente baixas em comparação ao total de participantes da pesquisa, segue abaixo fragmentos dos relatos dados por eles:

"Alimentação eles falaram tudo bem cozidinho, né? Assim a fonoaudióloga e aquela que cuida da alimentação, falou pra mim: "Assim ó Marlete, ele tá comendo muito pouco, se engasga muito fácil". (CUIDADORA SUJEITO 13)

"Sim, eles dão quando ganha a alta um papel da nutricionista né, por ela ser diabética, tem tudo o que pode e o que não pode". (CUIDADORA, SUJEITO 10)

Dos vinte e dois indivíduos somente nove receberam orientações quanto ao posicionamento, sendo que a maioria desses, receberam durante a internação ou na alta hospitalar, nota-se a partir dos recortes a seguir, que as orientações foram sucintas, manifestando a carência na execução da alta hospitalar:

"[...] mas a fisioterapeuta do hospital falou pra quando for dormir não era pra fechar a mão". (CUIDADORA SUJEITO 05)

"[...] Ela ficou pouco tempo, comeu tudo, teve umas recomendações de como ficar e o que precisava ter lá em casa e daí logo voltou pra casa". (CUIDADORA SUJEITO 17)

As orientações recebidas sobre o posicionamento, transferências de posturas, exercícios básicos de iniciação a movimentos do cotidiano, necessitam ser inseridos nas práticas de aconselhamentos na alta hospitalar, não será possível uma recuperação rápida e com qualidade se não garantirmos aos indivíduos a educação e corresponsabilidade da sua própria saúde e reabilitação. Ressaltamos a importância de uma equipe multidisciplinar, não somente durante o cuidado empregado na internação, mas especialmente no momento da alta hospitalar.

Quanto as orientações referente a prática de exercícios, somente um dos participantes relatou receber essas informações, e dois relataram terem realizado por conta própria, reproduzindo o que foi realizado em âmbito hospitalar. Constata-se a insuficiência de informações e orientações, relativa a exercícios que podem e devem ser instituídos para realização domiciliar. Segue abaixo as falas correspondentes:

“Passaram pra mim subir as escadas. Eu tô fazendo aquele do cabo, de fazer com os braços pra cima e pra baixo. Disseram que era pra eu caminhar”. (SUJEITO 02)

“[...] dai depois de uns 30 dias mais ou menos começo a ficar normal, ai tem uma bolinha em casa que eu fico fazendo né, ai comecei a trabalhar, movimentar, ai depois veio a fisioterapeuta”. (SUJEITO 16)

As modificações domiciliares aparecem com o intuito de auxiliar o indivíduo e seus familiares no reconhecimento estrutural e recomendar modificações no ambiente para melhorar o desempenho e habilidades funcionais do indivíduo. Um número baixo de participantes receberam as recomendações quanto as modificações necessárias, observa-se também que um dos participantes relatou ter realizado modificações mesmo sem receber as orientações. Segue os fragmentos das falas:

“O médico que passou as orientações pra alta hospitalar, tipo eles só liberavam se a gente arrumasse a cama especial, colchão pneumático igual do hospital, um ar condicionado ou ventilador bom, porque era bem no verão”. (SUJEITO 01)

“O banheiro tem um negócio onde pega a mão pra segurar, lá fora aonde sai pra área de festa, botemo nas parede também pra não ter perigo de cair”. (SUJEITO 18)

Constata-se nesse cenário, que relacionado as modificações domiciliares, no momento da alta hospitalar as orientações são insuficientes, assim como no estudo de Murray e Lopez, que evidenciou que as necessidades dos indivíduos e seus cuidadores, são omitidas no momento da alta hospitalar.¹¹ Ressalta-se ainda, que a orientação fisioterapêutica poderia ser implantada como estratégia para diminuir os obstáculos na nova rotina dos indivíduos e cuidadores.

O suporte de uma atenção multiprofissional contínuo, desde a internação à alta hospitalar e domiciliar pode diminuir a incapacidade com as tarefas básicas rotineiras de cuidados pessoais, melhorando a qualidade de vida. Os profissionais de saúde precisam despertar o educar em saúde, para que esses indivíduos e cuidadores recebam as informações adequadas, garantindo que suas práticas sejam seguras durante a administração dos cuidados, e colaborem para um processo de reabilitação mais eficiente e preciso.

As informações adquiridas quanto às orientações, revelou que dentre os temas abordados, verificou-se o posicionamento como maior frequência de orientações, destacando nove dentre o total de vinte e dois indivíduos, mesmo que, estas foram escassas e superficiais conforme apontado nos relatos. A respeito as orientações relacionadas à prática de exercício somente um indivíduo relatou alguma indicação, denotando grande negligência, principalmente por esse, ser íntimo e substancial para o retorno das atividades de vida diária. O apontamento tocante as modificações domiciliares, retratou que apenas três do total de indivíduos participantes receberam orientações, ainda sendo a maior parte recebida pelo serviço de atenção domiciliar o que revela o quão longe a atenção em saúde está da realidade dos sujeitos, estampando a necessidade de fortalecer os diálogos entre os níveis de atenção, e efetivamente praticar o acolhimento, a escuta qualificada e a educação em saúde, infundindo nos indivíduos autonomia e empoderamento sobre a própria saúde.

Após a internação hospitalar, as equipes da atenção básica de referência do indivíduo acometido, devem ser notificadas da alta, para poder realizar o acompanhamento e sequência desse usuário. A gravidade das sequelas é que irá direcionar se o atendimento será ambulatorial ou especializado, mas todos devem ter seus cuidados coordenados pelas equipes de atenção básica.¹²

Segue fragmentos dos relatos sobre os encaminhamentos para o processo de reabilitação apenas para a Fisioterapia:

*Sim, deram apenas pra fisioterapia. Eu fiz ali na água verde, mas logo acabou dez vezes acaba logo né. [...], depois que acabou ali, meu irmão levou um papel pro postinho e eles marcaram fisioterapia na Itoupava Norte e depois ainda pra FURB, isso tudo pelo SUS.
(SUJEITO 07)*

“Não, eles só falaram da fisio né, tanto é que a doutora Ana, quando me deu alta, ela já mandou um papel que eu devia levar no posto de gaspar”. (SUJEITO 15)

A seguir relatos dos indivíduos encaminhados para Fisioterapia e Fonoaudiologia. Ressalta-se que o sujeito 02 mesmo que tenha

recebido encaminhamento, pela avaliação do profissional em destaque não necessitou de acompanhamento:

O que ele ganhou foi ali na FURB, aonde que, aquelas pessoas que sofrem acidente AVC, tem vários acompanhamentos, mas ele não passou porque a fono falou que ele não precisaria de fono. Ai como precisa de dois atendimentos, ele não passou. Por que ele só precisa de fisioterapia. (CUIDADORA SUJEITO 02)

"Mandaram pra fisioterapia e fonoaudióloga". (SUJEITO 20)

Percebam os descritos dos indivíduos que receberam atendimento de diversas especialidades. Dentre elas Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia:

"Eles encaminharam logo de lá. [...] pra tudo, veio o médico um tempo lá em casa, e enfermeira, psicóloga". (SUJEITO 21)

"Sim, ele fez fisioterapia, fono e psicóloga" [...] "Não, ele fez tudo pelo SUS lá no pró-idoso". (CUIDADORA DO SUJEITO 06)

Destaca-se a presença majoritária da Fisioterapia envolvida no processo de reabilitação dos usuários acometidos por AVE. A insuficiente presença de outros profissionais envolvidos com a problemática da reabilitação compromete uma recuperação integral e de qualidade, visto que essa patologia dispõe múltiplos acometimentos, necessitando uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar.

A atuação da Fisioterapia é de suma importância que seja instituída precocemente, para a ágil e pronta recuperação do indivíduo. Com toda certeza a Fisioterapia ocupa hoje um lugar de destaque entre as inúmeras profissões da área da saúde. Sendo está, uma ciência com objetivo de preservar, melhorar ou recuperar a integridade de sistemas, ou funções garantindo desse modo, o melhor restabelecimento do indivíduo às suas atividades de vida diária. A reabilitação após o AVE deve ter início no âmbito hospitalar com o intuito de estimular precocemente o sujeito a utilizar sua capacidade, a adaptar-se a nova situação tentando reassumir suas atividades e minimizar o tempo de internação.¹³

Após a alta hospitalar, pacientes com AVE precisam ser encaminhados para uma equipe de reabilitação e esse tratamento

necessitaria começar o mais precocemente possível, pois quanto antes a intervenção, maior recuperação dos aspectos funcionais. Este fator juntamente com os dados adquiridos sobre a velocidade de início da reabilitação, nota-se que a maior parte dos indivíduos iniciou a reabilitação de forma ágil, sendo considerada neste nível atendimentos iniciados até 1 mês após a alta hospitalar, e os demais ficaram distribuídos de um mês até seis meses após a alta hospitalar, e somente três demoraram mais de um ano para iniciar a reabilitação. A seguir, recortes dos relatos sobre o tempo aguardado para o atendimento:

“Ai fiquei internada por uma 3 semanas, ai fui par casa. Com 8 dia em casa, já comecei a fisioterapia né, dai nós paguemo ela”. (SUJEITO 18)

“Eles falaram que isso ia demorar, mas foi rápido, por que, naquela segunda ele passou na consulta e depois quando chegamos em casa, mais à tardinha, já veio a ligação que amanhã ele tinha que fazer terapia”. (CUIDADORA SUJEITO 11)

“Começou um mês depois que saiu do hospital”. (CUIDADORA SUJEITO 21)

O fragmento seguinte, aponta o relato de um dos indivíduos que aguardaram mais de um ano para autorização e início da reabilitação:

“Começou a fisioterapia hoje dia 18/09/2018, a primeira vez, mas o AVC foi final do ano passado”. (CUIDADOR SUJEITO 03)

O AVE requer atendimento precoce e contínuo, pertinente ao quadro de cronicidade, com intuito de alcançar melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida. Destacou-se com os relatos obtidos a discrepância temporal na aquisição do acesso ao atendimento, entre as possíveis hipóteses, ressalta-se os mecanismos de troca de informações entre os profissionais dos diversos níveis de complexidade, fomentando a necessidade de consolidar diálogo entre os mesmos.

Conhecer os problemas enfrentados pelos usuários a partir dos percursos por eles vivenciados, é um caminho a ser considerado para a reorientação da política na direção da garantia do acesso à atenção à saúde de qualidade. Quanto a continuidade do tratamento, constata-se que a extensão da reabilitação não é definida, no entanto, há concordância de que é imprescindível continuar após a alta hospitalar. Essa continuidade ampara-se pelo fato da plasticidade neuronal, o que caracteriza não existir um período limite para o

término do tratamento.¹⁴ Na sequência apresentamos recortes dos relatos dos indivíduos:

"[...] Ele apenas vai ao pró-idoso e lá realiza trabalho em grupo, esse grupo é mais pra parte mental e a fisioterapia ele está aguardando no HU". (CUIDADORA SUJEITO 06)

"Fono não, ele está fazendo, só fisio, três vezes por semana na empresa. Segunda, quarta e sexta. Pedi ajuda da empresa". (CUIDADORA SUJEITO 13)

Como citado nos resultados, seis indivíduos não estavam realizando nenhum tipo de reabilitação no momento da coleta de dados. Observa-se como motivos as pausas entre as autorizações para o serviço especializado, e também, o desconhecimento sobre a continuação do tratamento, apontando vulnerabilidade na comunicação entre serviço/usuário, como descrito pelo sujeito 07. As dificuldades relacionadas ao acesso e a referência para a reabilitação envolvem e prejudicam o princípio da integralidade. Já os demais quatro indivíduos, não realizaram nenhuma reabilitação, por motivos de dispensas e alta da reabilitação.

"Atualmente não estou fazendo fisioterapia [...] já acabou foram dez [...] eu não sei se tem que levar no postinho, eu acho que tem que pedir no postinho né". (SUJEITO 07)

"Não, nenhum, pois não houve sequelas motoras". (SUJEITO 08)

O Acidente Vascular Encefálico se enquadra nas condições crônicas, com isso requer intervenções de cuidado contínuo tanto reabilitador, quanto o acompanhamento para prevenção, pois a patologia em destaque advém de inúmeros fatores de riscos que podem resultar em um novo episódio.

Um dos princípios da atenção básica é a longitudinalidade, ou seja, a continuidade do cuidado, cujo objetivo é criar um vínculo entre os profissionais e os usuários mediante gestão do cuidado integral. A atenção básica provê à coordenação no conjunto da rede de atenção, articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, nitidamente observado, a partir dos diversos serviços que acolheram esses indivíduos após incidente. De acordo com o princípio da longitudinalidade, as autoras procuraram, no segundo período de coleta de dados, saber como os pacientes se encontravam atualmente, enquanto estavam realizando o acompanhamento especializado, realizando assim uma qualificação

do instrumento de pesquisa com um maior número de perguntas. Dos vinte e dois participantes da pesquisa, oito correspondem ao segundo período de coleta. Ao serem questionados sobre as atividades que realizam hoje em dia, mas que não realizavam anteriormente, observa-se que somente duas pessoas não obtiveram mudança significativa perante as atividades de vida diária realizadas, como descrito nos relatos a seguir:

“Não ela não faz nada, ela escova o dente, mas com a minha ajuda. Ela come, mas daí eu coloco o prato aqui, um travesseirinho do lado, e sento do lado e fico segurando e ela come com a mão dela. Ela não fica sozinha nenhum minuto” (CUIDADORA SUJEITO 15).

Então eu digo que o nível de dependência dela passou pra 50%. O que ela depende mais é pra arrumar os tênis, blusa, essas coisa, banho e se locomover. [...] A gente coloca ela na cadeira de rodas e da cadeira ela senta, ela tem a poltrona, tem a cadeira pra banho, ela senta na mesa pra comer, a gente corta a comida pra ela e ela come. [...] Não consegue mover a cadeira de roda sozinha, porque precisa das duas mãos.
(CUIDADORA SUJEITO 17)

Os relatos abaixo correspondem aos sujeitos que atingiram melhora significativa no seu quadro de saúde e independência física:

“Tem bastante, eu não andava de bicicleta e agora to andando”.
(SUJEITO 16)

“Faço praticamente tudo”. (SUJEITO 22)

Seguindo a linha de pensamento sobre as atividades de vida diária atualmente, perguntamos se os indivíduos tiveram melhora perante o tratamento realizado, este dado se tornou homogêneo na pesquisa, pois os oito indivíduos pertencentes a segunda fase de coleta de dados relataram melhora quanto ao seu quadro de saúde. Nota-se de fundamental importância o relato do sujeito 19, onde percebemos a importância da participação do paciente na melhora do seu quadro geral. Segue os relatos:

A fisioterapia me ajudou muito lá no começo, eu já me ajudei muito em casa entende, mas nas fisioterapia, eu fui aprendendo mais e fui fazendo em casa, então isso

me ajudou muito, por que eu fazia meu serviço, mas eu tirava umas duas horas pra fazer em casa o que eu fazia na fisioterapia, então isso me ajudou muito pra andar, descer a escada lá de casa, [...] hoje eu desço tranquilo e subo sem problema, as vezes ela fica meio pesada assim a perna, mas mesmo assim eu consigo tranquilo sabe. (SUJEITO 19)

"Teve, o meu. Como ele tava e tá agora mudou bastante".
(CUIDADORA SUJEITO 21)

Ao questionarmos sobre a presença da família no processo de alta, e atualmente no processo de reabilitação e inserção social, adquirimos novamente um dado homogêneo, mostrando que todas as famílias se fizeram presente no processo de adaptação do indivíduo, bem como no momento atual à coleta de dados. Segue os relatos abaixo:

"É boa, bem presente. [...] eu sempre digo pra ela, isso que ela tem filho homem, tem filhos de ouro." "Apesar de serem casados, eles largam tudo pra ficar com a mãe". (CUIDADORA SUJEITO 15)

Meus filhos ajudavam, minha filha foi morar junto comigo, ai como a casa é grande, eu dividi ela em duas peças né, dai eu morei pra cá e ela pra lá, dai ela fica lá e me ajuda. [...] eles me ajudam em tudo que eu precisar sabe, mas eu quero fazer sozinha. (SUJEITO 19)

Os indivíduos acometidos pelo AVE, muitas vezes, retornam ao domicílio com sequelas físicas e cognitivo-comportamentais, comprometendo assim sua independência física, dependendo assim de outras pessoas. Nesta situação nota-se a importância da participação familiar, juntamente com o sistema de saúde, para a continuidade do tratamento do paciente após a alta hospitalar.

A família é a maior fonte de apoio social, além de vizinhos e amigos, bem como profissionais de saúde que estão envolvidos no processo. Juntamente ao eixo da família, temos o suporte da rede de apoio, sendo este de fundamental importância para a reabilitação, e aumento da independência, assim como da reinserção social.²

Considerações finais

Os itinerários terapêuticos de um indivíduo são fundamentais para identificar o percurso, os tempos e possíveis gargalos no processo. Associado a isto, boas orientações e recomendações na alta hospitalar de um indivíduo acometido por AVE é indispensável para a qualidade de reabilitação visto que o sujeito, família e profissionais trabalhando juntos podem gerar impactos melhores na reabilitação, qualidade de vida e autonomia.

Este estudo aponta a Estratégia de Saúde da Família como primeiro ponto do percurso no processo de reabilitação. Destacando esse locus como fundamental e determinante para os encaminhamentos e tempos no processo.

Os encaminhamentos para atenção especializada variaram desde o acompanhamento exclusivo de fisioterapia até ações e avaliações multiprofissionais. Nota-se um fluxo distinto e com datas iniciais da reabilitação variadas, sendo o período de tempo de 15 dias até aproximadamente um ano após alta. Este ponto sugere a equipe de estratégia de saúde da família como fundamental para que o tempo seja o menor possível. Com encaminhamentos detalhados, solicitações de urgência e insistência com os órgãos de regulação.

Quanto as orientações na alta hospitalar também foram identificadas grandes variações. Foram identificadas situações de ausência total e, por outro lado ocorreram principalmente relacionadas a nutrição, movimentos e ergonomia domiciliar. Porém, se mostraram superficiais e rápidas em função das demandas hospitalares.

Pontos que merecem destaque são o reforço a reabilitação iniciada precocemente e de forma contínua são determinantes para os resultados do processo. Associado a isso a participação da família sendo que um relacionamento participativo e apoiador é fundamental.

A compreensão a respeito de como os sujeitos e grupos sociais efetuam suas escolhas e se engajam nos tratamentos, ou propriamente como constroem seus itinerários terapêuticos é essencial para nortear novos aprendizados em saúde.

Voltar o olhar para esses sujeitos em cronicidade e construir uma rede de atenção dentro do município se faz necessário. Esse

é um desafio que substancialmente precisa do comprometimento de ambas as partes e a gestão necessita aprimorar a qualidade da integração das redes, visando à responsabilidade sanitária para assegurar o direito de acesso aos serviços de saúde com qualidade e de forma integral.

Referências

1. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. *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: 4 mar. 2020
2. Lima RJ de, Pimenta CJL, Frazão MCL de O, Ferreira GRS, Costa TF da, Viana LR de C, et al . Capacidade funcional e apoio social de pessoas acometidas por acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília , v. 72, n. 4, p. 868-873, ago. 2019.
3. Schmidt MH, Selau CM, Soares P da S; Franchi EF, Piber VD, Quatrin LB. Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: Uma análise interdisciplinar. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 2, p. 139-144, maio/ago. 2019.
4. Lima B da C de, Silva LF da, Góes FGB, Ribeiro MTS, Alves LL. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com câncer: dificuldades encontradas neste percurso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, 2018.
5. Fernandes SL, Santos A de O dos. Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. *Psicologia: Ciência e profissão*, p. 38-52, 2019.
6. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*.6. Rio de Janeiro: Atlas, 2017.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1988.
8. Cesar AM, Santos BL. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 6, nov./dez., 2005.
9. Finestone HM, Greene-Finestone LS. Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *Canadian Medical Association Journal.*, v. 169, n. 10, p. 1041-1044, 11 nov. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14609974>. Acesso em: 11 ago. 2020.
10. Santos LB dos, Waters C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 2749-2775, jan. 2020.
11. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet*, v. 349, n. 9061, p. 1269-1276, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9142060>. Acesso em: 11 ago. 2020.

12. LINHA DE CUIDADOS EM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. *Protocolo 2013*. Blumenau, 2013. 37p (Arquivo em PDF fornecido em sala de aula: linhas de cuidados-AVC-refff.pdf)
13. Motta E, Natalio MA, Waltick PT. Intervenção fisioterapêutica e tempo de internação em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Revista de Neurociências*, Florianópolis, v. 2, n. 16, p.118-123, jun. 2008.
14. Fausto MCR, Campos SEM, Almeida PF, Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, *et al.* Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 17, supl. 1, p. 73-82, nov. 2017.