

Barreiras de acesso a reabilitação física pós acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa

Barriers to accessing physical rehabilitation after stroke: an integrative review

Barreras para el acceso a la rehabilitación física después de un ictus: una revisión integradora

Recebido: 21/02/2022 | Revisado: 01/03/2022 | Aceito: 21/03/2022 | Publicado: 27/03/2022

Ariane Ribas Toneti dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1870-3890>

Faculdade Unisociesc, Brasil

E-mail: ariane.toneti@gmail.com

Fabiane Maria Klitzke dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7603-7019>

Pró-Rim Instituto de Educação e Pesquisa em Saúde, Brasil

E-mail: fisioterapeuta.fabiane@gmail.com

Fernando Luís Fischer Eichinger

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4385-4853>

Universidade da Região de Joinville, Brasil

E-mail: fernando_lfe@hotmail.com

Helbert do Nascimento Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0081-6897>

Universidade da Região de Joinville, Brasil

E-mail: helbert.lima@univille.br

Antonio Vinicius Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6090-1423>

Universidade da Região de Joinville, Brasil

E-mail: antonio.vinicius@univille.br

Resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Representa a segunda principal causa de morte, e é considerada atualmente a doença mais incapacitante do mundo. Mais da metade dos pacientes acometidos necessitam de reabilitação, que objetiva minimizar as sequelas e restabelecer algum grau de independência funcional, elevando sua qualidade de vida e reduzindo a ônus gerado pela doença. O objetivo desta revisão foi conhecer o acesso a esses serviços ofertados pelos sistemas de saúde. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, SCOPUS, SciELO, Chocrane e LILACs. Os termos foram: "Access to physiotherapy", "stroke", "rehabilitation", e seus respectivos termos em português presentes no Medical Subject Headings (MeSH) e no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). A busca incluiu artigos publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Dos 353 artigos encontrados 21 deles atenderam aos critérios de inclusão para a realização da análise dos dados baseadas nas diretrizes PRISMA. Observou-se nesta revisão que apesar de já bem discutidas as abordagens e a importância da reabilitação física em pacientes acometidos após um AVC, o acesso mostra-se ainda dificultado, com diversas barreiras como: equipe insuficiente, falta de estrutura, burocracia, dificuldade de locomoção, e falta de entendimento sobre os serviços. Contudo o atual sistema de organização do cuidado pode ser melhorado, usando novos conceitos de estrutura e processo de cuidado, criando uma comunicação mais eficaz entre o sistema de saúde, pacientes e cuidadores.

Palavras-chave: Reabilitação do acidente vascular cerebral; Acesso efetivo aos serviços de saúde; Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde.

Abstract

Stroke is one of the main public health problems in the world. It represents the second leading cause of death, and is currently considered the most disabling disease in the world. More than half of the affected patients need rehabilitation, which aims to minimize the sequelae and restore some degree of functional independence, raising their quality of life and reducing the burden generated by the disease. The objective of this review was to know the access to these services offered by the health systems. The search was conducted in the following databases: PubMed, SCOPUS, SciELO, Chocrane, and LILACs. The terms were: "Access to physiotherapy", "stroke", "rehabilitation", and their respective terms in Portuguese present in Medical Subject Headings (MeSH) and in DeCS (Descriptors in Health Sciences). The search included articles published in the last 10 years, in Portuguese, English and Spanish. Of the 353 articles found, 21 met the inclusion criteria for data analysis based on PRISMA guidelines. It was observed in this review that although the approaches and the importance of physical rehabilitation in stroke patients are already well discussed, the access is

still difficult, with several barriers such as: insufficient staff, lack of structure, bureaucracy, difficulty in moving around, and lack of understanding about the services. However, the current system of care organization can be improved, using new concepts of structure and care process, creating a more effective communication between the health system, patients and caregivers.

Keywords: Stroke rehabilitation; Effective access to health services; Barriers to access of health services.

Resumen

El ictus es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Representa la segunda causa de muerte y actualmente se considera la enfermedad más incapacitante del mundo. Más de la mitad de los pacientes afectados necesitan rehabilitación, cuyo objetivo es minimizar las secuelas y recuperar cierto grado de independencia funcional, aumentando su calidad de vida y reduciendo la carga generada por la enfermedad. El objetivo de esta revisión era conocer el acceso a estos servicios que ofrecen los sistemas sanitarios. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: PubMed, SCOPUS, SciELO, Chocrane y LILACs. Los términos fueron: "Access to physiotherapy", "stroke", "rehabilitation", y sus respectivos términos en portugués presentes en el Medical Subject Headings (MeSH) y en el DeCS (Descriptors in Health Sciences). La búsqueda incluyó artículos publicados en los últimos 10 años, en portugués, inglés y español. De los 353 artículos encontrados, 21 de ellos cumplían los criterios de inclusión para realizar el análisis de datos según las directrices PRISMA. Se observó en esta revisión que aunque los enfoques y la importancia de la rehabilitación física en los pacientes con accidentes cerebrovasculares ya están bien discutidos, el acceso sigue siendo difícil, con varias barreras como: personal insuficiente, falta de estructura, burocracia, dificultad de locomoción y falta de comprensión de los servicios. Sin embargo, el sistema actual de organización de la atención puede mejorarse, utilizando nuevos conceptos de estructura y proceso de atención, creando una comunicación más eficaz entre el sistema sanitario, los pacientes y los cuidadores.

Palabras clave: Rehabilitación de accidente cerebrovascular; Acceso efectivo a los servicios de salud; Barreras de acceso a los servicios de salud.

1. Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, considerada como a segunda principal causa de morte em 2018, sendo responsável por aproximadamente 5,5 milhões de mortes anualmente e 44 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade, considerada atualmente a doença mais incapacitante do mundo (Mukherjee e Patil, 2011).

Um terço dos pacientes acometidos pelo AVC sobrevive com incapacidades permanentes durante toda a vida, sendo que 70% não retomam as atividades laborais prévias após a doença, e cerca de 50% tornam-se dependentes de outras pessoas para as atividades do cotidiano (Donnan et al., 2008) (Abdul et al., 2014). Nos Estados Unidos o AVC é considerado a maior causa de incapacidade em adultos e o custo dos cuidados relacionados à doença está entre as despesas com maior crescimento no Medicare (Hendricks, 2002).

Devido aos impactos da doença, mais da metade dos pacientes acometidos necessitam de reabilitação, que objetiva minimizar as sequelas e restabelecer certo grau de independência funcional, elevando sua qualidade de vida e reduzindo o ônus gerado pela doença (Campos et al., 2017). No Brasil, um estudo de coorte mostrou que um terço dos sobreviventes de AVC apresentam dependência funcional durante o primeiro ano após AVC no país (Teasell et al., 2003). Entretanto, associado ao custo elevado dos serviços de reabilitação para pacientes neurológicos, existe a escassez de tais serviços em muitos países em desenvolvimento, não tornando possível o acesso desses pacientes aos centros especializados de reabilitação (Ouriques Martins et al., 2018).

Na América Latina em 2017 houve mais de 5,5 milhões de sobreviventes de AVC, quase 5,5 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade ajustados ou DALYs (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Em discordância com o grande número de afetados, o acesso aos serviços de reabilitação pós-alta é, em sua maioria, definido como deficiente ou intermediário, ou seja, parte da população atingida pela doença neurológica não consegue acesso aos serviços para reabilitação (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sediou o evento "Reabilitação 2030: Um Chamado à Ação", que reuniu mais de 200 especialistas em reabilitação de 46 países (Rac et al., 2017). Nele, foi atestada a necessidade global não

atendida de reabilitação, exigindo ações coordenadas e compromissos conjuntos entre todas as partes interessadas, para elevar o perfil da reabilitação como uma estratégia de saúde relevante para todas as pessoas durante toda a vida útil e do atendimento continuado, frisando a necessidade de melhorias dos serviços de reabilitação (Rac et al., 2017).

Entendendo a importância da adequada oferta de serviços de reabilitação aos pacientes acometidos pelo AVC, essa revisão integrativa busca entender o acesso a esses serviços ofertados pelos sistemas de saúde.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa que para a formação das questões norteadoras utilizou o acrônimo *PICOS*, que caracterizam os dois desfechos principais desta revisão: 1) Inventariação de produções científicas acerca do tema: “acesso aos serviços de reabilitação física por indivíduos acometidos pelo AVC”; 2) Identificação das dificuldades encontradas para prestação adequada desses serviços.

2.1 Estratégia de Busca

A busca por referências foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, SCOPUS, SciELO, Chocrane e LILACs. Os termos e operadores utilizados em todas as bases de dados foram: “Access to physiotherapy”, “stroke”, “rehabilitation”, e seus respectivos termos em português presentes no *Medical Subject Headings* (MeSH) e no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

A busca incluiu artigos publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Cabe destacar que todas as estratégias de busca foram realizadas em novembro de 2021.

2.2 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos estudos experimentais e não-experimentais, observacionais retrospectivos e prospectivos, que abordaram a temática do acesso à reabilitação física após o AVC nos últimos 10 anos que estivessem indexados nas bases de dados selecionadas previamente, nos idiomas português, espanhol e inglês.

Não foram considerados elegíveis para revisão estudos caracterizados metodologicamente como: ensaios clínicos randomizados e não-randomizados, estudos pilotos, estudo de caso, protocolos de estudos, dissertações, teses, capítulos de livros, suplementos ou comentários do editor, bem como os artigos identificados como referências cruzadas.

2.3 Seleção dos Estudos e Extração dos Dados

Quanto à seleção dos estudos e extração dos dados, este estudo envolveu dois revisores independentes, que eram cegos em todas as fases, sendo que todos realizaram as buscas nas bases de dados selecionadas. O *software* de gestão de referências *Mendeley* foi utilizado para armazenamento dos dados obtidos nas buscas.

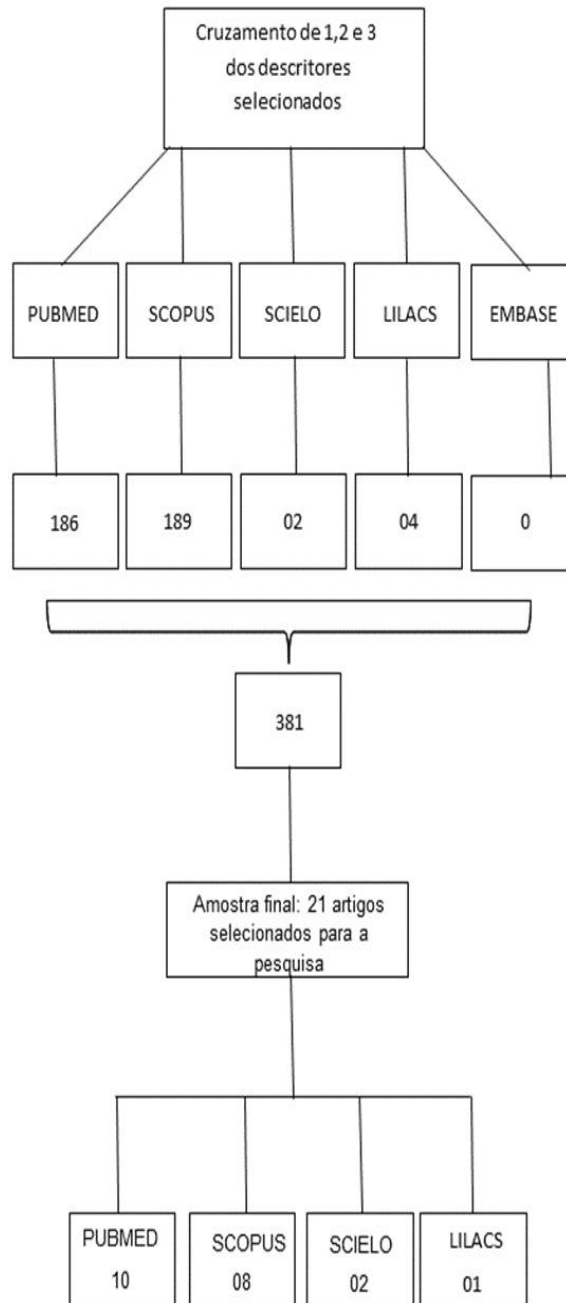
Primeiramente, foi realizada a leitura dos títulos dos artigos, sendo que nesta fase foram incluídos todos os artigos que apresentavam em seu título a associação entre Acidente Vascular Cerebral e Acesso a reabilitação, e excluídos os que mencionaram uma doença diferente e os que continham o mesmo título. Na sequência, foi realizada a leitura dos resumos que quando elegíveis tinham sua leitura realizada de forma integral. Cabe destacar que as discordâncias entre os revisores foram resolvidas por consenso, no entanto, quando necessário, outro revisor foi consultado para determinar a elegibilidade do estudo.

Após o processo de seleção dos artigos, se deu o início da análise qualitativa e quantitativa, obtendo-se os seguintes dados: autor(es), ano de publicação, título, local do estudo, tipo de estudo, população investigada (número total, sexo e idade). Foi realizado ainda um detalhamento dos estudos, contendo as seguintes informações: identificação do estudo, objetivos, instrumentos utilizados, além dos principais resultados.

3. Resultados

Inicialmente foram encontrados 353 artigos, sendo que, destes, aplicando-se os critérios previamente estabelecidos, resultou em 21 artigos que atendiam os critérios de inclusão para a realização da análise dos dados baseado nas diretrizes PRISMA, conforme fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Diagrama da seleção dos estudos.



Fonte: Autores.

As publicações incluídas representam regiões dos continentes da África, Europa, Estados Unidos, Oceania, América do norte, América do Sul, com dados variando de 1993 a 2019, com a maioria (11/20) publicado entre 2009 e 2017.

Um resumo com os achados dos artigos sobre o acesso a reabilitação pós-AVC é apresentado na Tabela 1, onde os artigos podem ser observados quanto ao ano de publicação, objetivo, e os principais resultados encontrados no estudo.

Tabela 1. Informações relatadas sobre reabilitação pós AVC de acordo com os estudos selecionados.

Autor/ Ano	Objetivo do estudo	População do estudo	Acesso a reabilitação	Principais barreiras identificadas
R de Haan., et al (1993)	Descrever a prestação de cuidados antes e depois do AVC ¹ e avaliar equidade no acesso aos serviços de saúde na Holanda após AVC ¹	382 pacientes acometidos por AVC ¹	Dos 382 pacientes, 94 (25%) não utilizaram nenhum cuidado, 181 (47%) utilizaram entre um e três tipos de atendimento, 107 (28%) eram usuários receberam entre quatro ou mais tipos de atendimento. Fisioterapia (118, 31%), terapia ocupacional (69,18%) e fonoaudiologia (56, 15%) foram as principais intervenções de reabilitação no período entre a alta e seis meses após o AVC ¹	O uso de serviços de saúde após o AVC ¹ foi explicado principalmente pelas necessidades e fatores predisponentes como idade, acometimento e circunstâncias sociais, essa constatação apoia o princípio da equidade no sistema de saúde da Holanda
COOK et al (2005)	Determinar os fatores que contribuem para o atendimento com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e determinar se esse atendimento leva a um relato reduzido de problemas relacionados ao AVC ¹	11.126 americanos com idades entre 65 e 106 anos do banco de dados Health and Retirement Study nos Estados Unidos	Menos de 10% dos sobreviventes de AVC ¹ que não estavam institucionalizados estavam acessando serviços de fisioterapia e terapia ocupacional	Menor renda mensal, cultura hispânica e idade
MCKEVITT et al (2005)	Investigar associações entre as características sociodemográficas dos pacientes e a prestação de cuidados no AVC ¹ agudo e de longo prazo pós AVC ¹ em uma população urbana multiétnica	1635 pacientes de primeiro AVC ¹ , com dados coletados em registro populacional de AVC ¹ de 1995 a 2000 de uma área geográfica definida de 22 enfermarias no sul de Londres	85,1% dos pacientes foram internados no hospital; destes 25,4% foram admitidos ou transferidos para uma UAVC ² . Daqueles com necessidade clínica 70,7% receberam fisioterapia; 59,8% receberam atendimento fonoaudiológico. Quase 30% não receberam fisioterapia e terapia ocupacional e pouco mais de 40% não receberam fonoaudiologia dentro de três meses após o AVC ¹ . A prestação de atendimento ao longo de um ano variou para categorias sociodemográficas específicas, mas não houve um padrão consistente de desigualdade	Tomada de decisão clínica, estratégias para gerenciar recursos que levam à priorização de alguns pacientes em detrimento de outros e decisões dos pacientes

TEASELL, et al. (2009)	Comparar diferentes sistemas de reabilitação de AVC ¹ e avaliar a melhor evidência	Revisão incluindo estudos realizados nos Estados Unidos, Nova Zelândia, Canadá, Austrália e Europa	Existem evidências favoráveis as UAVC ² como “padrão ouro”, porém o acesso a ele é limitado. Citam 4 pontos chaves para uma adequada reabilitação, sendo: Tempo de admissão, Intensidade da terapia, Terapia orientada a tarefa, Planejamento da alta. Em geral, os sistemas que se adequam a esses processos alcançam melhores resultados	Estruturas e processos precisam ser otimizados para estabelecer um sistema ideal de reabilitação. Somente estruturas de atendimento não resultam em melhores resultados, mas permitem melhores processos de atendimento
ELLIS; EGEDE (2009)	Apurar dados sobre diferenças raciais / étnicas podem estar presentes na utilização dos serviços de reabilitação pós-AVC ¹	11 estudos envolvendo 363.540 pacientes com diagnóstico de AVC ¹ conduzidos nos EUA ⁵ em inglês no período de 1998-2008 que incluíram e relataram a raça / etnia de pelo menos dois grupos raciais / étnicos	Estudos de reabilitação pós-AVC ¹ oferecem evidências preliminares de que as diferenças raciais / étnicas na utilização de serviços de reabilitação pós-AVC ¹ pode, de fato, existir nos EUA ⁵	Diferenças raciais/ étnicas e os fatores associados à raça
SALISBURY.et al (2010)	Explorar a percepção e visão indivíduos acometidos por AVC ¹ a respeito das experiências vividas no sistema e serviços de saúde recebidos após o evento	Treze pacientes com AVC ¹ e nove cuidadores do sistema de saúde na Escócia	Pacientes e cuidadores recordaram os sintomas no momento do AVC ¹ , a conscientização sobre os sintomas foi identificada como um componente-chave do manejo agudo. Muitos pacientes foram tratados em outras áreas de internação do hospital, e não na UAVC ² e a maior parte dos participantes não tiveram acesso a reabilitação domiciliar. Todos os participantes que relataram acessar locais públicos de lazer o fizeram apenas com o incentivo de profissional de saúde	Os resultados indicaram uma falha no atendimento de algumas das recomendações atuais das diretrizes de AVC ¹ . Esses resultados destacam a complexidade de fornecer serviços de AVC ¹ baseados em evidências para atender às necessidades dos serviços de saúde e dos pacientes.
IWONA S. D., MACIEJ K., ANNA C. (2011)	Avaliar a acessibilidade, o desenvolvimento e as necessidades na reabilitação de pacientes com AVC ¹ precoce na Polônia	414 participantes pós AVC ¹ com idade entre 18 a 65 anos	Evidenciou um aumento da oferta dos serviços especializados de 2004 a 2008 nos departamentos de reabilitação, mas ainda insuficientes	Necessidade de um programa mais abrangente, envolvendo maior tempo para as terapias de fonoaudiologia, fisioterapia e reabilitação cognitiva

LUCENA; MENDES (2011)	Descrever e analisar a funcionalidade dos pacientes acometidos por AVC ¹ em conformidade com a acessibilidade à reabilitação, que são assistidos pelas Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa - Brasil	140 indivíduos acometidos por AVC ¹ entre os anos de 2006 e 2010	Sujeitos que apresentaram comprometimento nas categorias de uso fino da mão, recreação e lazer, deslocar-se e fala obtiveram maior acessibilidade à reabilitação. Somente 67,9% dos sujeitos realizaram reabilitação após o AVC ¹ . Dentro os que tiveram acessibilidade, 42,0% realizaram o tratamento por até no máximo 11 meses, enquanto 24,3% o realizaram por mais de 12 meses	Sujeitos que não apresentam comprometimento nas atividades cotidianas não realizam reabilitação por vontade própria ou pela falta de encaminhamento médico
JAN et al (2013)	Investigar o acesso a reabilitação nos primeiros 12 meses após AVC ¹	414 participantes pós AVC ¹ de 18 a 65 anos	De 414 participantes, 61% fizeram alguma reabilitação nos 12 meses após o AVC ¹	O mais forte preditor de uso dos serviços de reabilitação foi a dependência em 28 dias
ABDUL AZIZ et al (2014)	Revisar a prestação de cuidados pós-AVC ¹ e problemas relacionados entre os especialistas em medicina de Família que gerenciam serviços públicos de atenção primária à saúde	59 médicos de família	A carga de atendimento a pacientes com AVC ¹ é baixa, com apenas 2 em cada 100 pacientes atendidos na atenção primária, com apoio limitados e sobrecarregados serviços especializados em AVC ¹	Transferência do atendimento do hospital para a comunidade
O'SULLIVAN, E J., et al. (2014)	Analisar o acesso aos serviços de AVC ¹ em pacientes internados e a reabilitação da EMD ⁶ em um centro de AVC ¹ agudo e comparar esses serviços com as "Diretrizes e Recomendações Clínicas Nacionais"	Todos os pacientes admitidos com AVC ¹ agudo por um período de três meses, incluindo um total de 73 pacientes	Os pacientes receberam alta do serviço de AVC ¹ após uma estadia média de 20,2 dias (DP = 19,3). 76,7% (N = 56) dos pacientes foram admitidos na UAVC ² agudo. O tempo médio desde a admissão até a primeira avaliação 3,4 dias (DP = 2,68), com uma média de 138 minutos de tratamento recebido por dia em todas as disciplinas. Isso é comparado à recomendação da IHF de que os pacientes sejam avaliados dentro de 24 a 48 horas após a admissão e que recebam 180 minutos de tratamento em todas as disciplinas	À medida que as demandas por serviços de EMD ⁶ para AVC ¹ aumentam, é importante reconhecer os benefícios de aumentar a equipe e os recursos para manter e continuar a melhorar os padrões de atendimento

REUTER et al (2016)	Fornecer visão mais detalhada da aplicação de fisioterapia, Terapia ocupacional e fonoterapia em pacientes com AVC ³ e hemorragia Intracraniana de Baden-Wuerttemberg	99.753 pacientes com AVC ³ e 8824 pacientes com HIC ⁴ cadastrados prospectivamente em um registro de AVC ¹ hospitalar na Europa Central	90% dos pacientes com AVC ³ foram atendidos pelo menos uma vez por um fisioterapeuta, 63% por um terapeuta ocupacional e 70% por um fonoaudiólogo. Baden-Wuerttemberg têm excelente acesso a fisioterapia, enquanto uma sub oferta de aproximadamente 12–17% de fonoterapia e mais em particular uma sub oferta de 30% de TO em pacientes com deficiências tratáveis foram observadas	Decisão da equipe para mobilização precoce e sua frequência em diferentes graus de acometimento do paciente
HALL et al (2016)	Avaliar o perfil de incapacidade e reabilitação, adesão às recomendações de reabilitação e necessidades dos pacientes 6 meses após a admissão hospitalar por AVC ¹	256 pacientes após a alta hospitalar pós-AVC ¹	Quase um terço dos pacientes continuaram com incapacidade moderada a grave aos 6 meses. A maioria dos pacientes foi encaminhada para várias terapias na comunidade, no entanto, um número significativo (57%) não se lembrava de receber as terapias recomendadas	Pouco acesso da comunidade a reabilitação e gestão médica. Diferença de atendimento entre regiões e países
(MENDES et al., 2016)	Caracterizar o acesso de sujeitos pós AVC ¹ aos serviços de fisioterapia em João Pessoa e Cabedelo - Brasil	39 indivíduos residentes dos municípios de João Pessoa e Cabedelo, admitidos em um hospital público da cidade de João Pessoa/Paraíba entre os meses de abril e maio de 2013, que apresentaram o AVC ¹	Mais da metade dos sujeitos apresentavam deficiência classificada entre moderada e grave e 79,5% dos indivíduos não foram encaminhados aos serviços de fisioterapia. 50% dos sujeitos que tiveram acesso ao serviço permaneciam em tratamento até 105 dias após o AVC ¹ . A maior parte dos pacientes iniciou as sessões de fisioterapia em até oito semanas após a alta, tendo realizado entre 11 a 20 sessões em domicílio, tendo de pagar por esse serviço	Baixo número de encaminhamentos para reabilitação e pouco acesso à fisioterapia, tendo, em sua maioria, que pagar por esse serviço

(MARINHO et al., 2017)	<p>Verificar a relação da deficiência funcional Conforme a CIF⁷, e o encaminhamento dos pacientes pós AVC¹ aos serviços de reabilitação no município de João Pessoa - PB</p>	<p>152 indivíduos com diagnóstico de AVC¹ com ictus nos últimos 60 meses ou menos na cidade de João Pessoa - Brasil</p>	<p>As funções corporais mais comprometidas foram relacionadas as funções vestibulares (71%). A maior parte dos encaminhamentos para reabilitação foi relacionada ao tônus muscular (36,8%) acompanhadas por funções relacionadas a controle de movimento, funções emocionais e relações sexuais. A população obteve um alto nível de acesso serviços de reabilitação, particularmente em relação a entrada no serviço, no entanto, a mesma situação não ocorreu em relação à continuação do tratamento apesar de avaliarem deficiências de função corporal</p>	<p>Foram observadas grandes dificuldades relacionadas à oferta e acessibilidade quanto as modalidades de fisioterapia, psicologia, terapia da fala e terapia ocupacional quando analisadas como um todo. Portanto, esses serviços devem ser organizados com os recursos humanos e estruturais necessários para responder a essas demandas, criando ações que apoiam o usuário a fornecer mais dignidade e atendimento abrangente</p>
RAC et al (2017)	<p>Pesquisar UAVC's² em Ontário a fim de descrever a disponibilidade, estrutura, pessoal, processos de atendimento, tipo de UAVC² e população atendida</p>	<p>Líderes clínicos e administrativos (gerentes, diretores médicos e líderes de equipe) das UAVC's²</p>	<p>Um terço das equipes não possuía um neurologista geral ou um neurologista especialista na equipe, todas as equipes contavam com: enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga assistente social e nutricionista clínico</p>	<p>Ausência de treinamento em cuidados com AVC¹ para EMD⁶, quantidade não suficiente de profissionais, baixo número de leitos para alocação para pacientes com AVC¹</p>
(MIRANDA et al., 2018)	<p>Investigar o acesso aos serviços de fisioterapia após alta hospitalar em sujeitos com AVC¹</p>	<p>36 indivíduos com sequelas motoras por AVC¹ pós alta hospitalar</p>	<p>78% dos pacientes realizaram acompanhamento fisioterapêutico durante a permanência no hospital. Após a alta somente 18 pacientes (50%) receberam encaminhamento para fisioterapia e 28 (78%) disseram não estar organizados para realizar a reabilitação após a alta. As sessões de fisioterapia tiveram início em média 36 dias pós alta</p>	<p>A dificuldade de acesso aos serviços de reabilitação foi principal barreira encontrada por 95% dos indivíduos, seja por falta de encaminhamento, escassez de vagas ou trâmites necessários para o início da terapia</p>

NANNINGAA et al (2018)	Enriquecer a discussão sobre mobilidade na reabilitação de AVC ¹ traduzindo repertórios teóricos da mobilidade do contexto geográfico à reabilitação	Estudo com 33 pacientes acometidos por AVC ¹ , com quadro de moderado a grave, que receberam ou recebiam tratamento multidisciplinar em uma UAVC ² de reabilitação	A mobilidade e o transporte foram vistos como recurso essencial que afeta a capacidade de procurar atendimento para os desfavorecidos socioeconômicos	Dificuldade de mobilidade e carência de treinamento físico domiciliar
URIMUBENSHI et al (2018)	Descrever o status dos cuidados com AVC ¹ na África	38 artigos publicados entre 2008 a 2017 que representam 14 dos 54 países africanos	A proporção de pacientes que receberam reabilitação fisioterapêutica hospitalar foi maior na África do Sul (98%) e menor em Ruanda (40%). Pacientes tratados em um centro de reabilitação especializado receberam serviços de reabilitação de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, embora poucos deles recebessem atendimento nutricional (17%) ou psicologia (11%).	O alto custo dos recursos de infraestrutura onde existem, como tomógrafos, medicamentos como trombólise e serviços de reabilitação ambulatorial de fisioterapia foram relatados como as principais barreiras para o tratamento de AVC ¹ na África. Além da falta de uma estrutura de política nacional de AVC ¹ e de diretrizes clínicas nacionais de AVC ¹
MORRIS et al (2019)	Averiguar quais são os desafios e soluções para garantir que a África do Sul possa atender à OMS 2030, quanto ao fornecimento equitativo de serviços públicos eficazes de reabilitação	Sistema de saúde da África do Sul	A reabilitação não é vista da mesma maneira que serviços médicos de tratamento, portanto seu lugar sistema de saúde da África do Sul é pouco reconhecido	Os cuidados de saúde variam muito entre os cuidados públicos e privados. Cerca de 44% de todas as despesas com saúde ocorrem no setor privado, que atende 16% população africana. O resto da população depende do setor público de saúde, que conta com recursos insuficientes e inacessíveis devido à geografia, finanças ou conhecimento

¹Fonte: Autores.

¹Acidente vascular cerebral ²Unidades de Acidente Vascular Cerebral ³Acidente vascular cerebral isquêmico ⁴Hemorragia Intracraniana ⁵Estados Unidos da América ⁶Equipe multidisciplinar ⁷classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Percebe-se que na sua totalidade os estudos apontam dificuldade no acesso dos pacientes aos serviços de reabilitação pós AVC, bem como identificam barreiras parecidas para que o acesso não ocorra, como: alto custo dos serviços, mobilidade, falta de encaminhamento, e escassez de vagas.

4. Discussão

De forma geral, poucos estudos sobre acesso a reabilitação pós-AVC foram publicados nos últimos 20 anos. Sobre a disponibilidade de atendimento e qualidade do serviço prestado, Rac et al. (2017) analisou 32 Unidades de AVC (UAVC) em Ontário, durante 2013 e 2014, e verificou sua atuação de acordo com as Recomendações Canadenses de Melhores Práticas para o Tratamento do AVC (Hillmann et al., 2017). O estudo aponta que houve variação regional no acesso às UAVC, e que a metade dessas unidades não atendia a todos os critérios recomendados (Hillmann et al., 2017).

Esses dados vão ao encontro com informações obtidas em um estudo do *Institute for Clinical Evaluative Sciences* em Toronto no ano de 2011, no qual apenas 38,3% dos pacientes admitidos com AVC foram tratados em unidades específicas para a doença. Número demasiado diferente ao encontrado no ano de 2012 na Alemanha, em que 82,4% dos pacientes acometidos por AVC foram admitidos diretamente em uma UAVC (Cook et al., 2005; Hall et al., 2012; Hall et al., 2016).

A dificuldade de acesso à reabilitação na população americana é reafirmada ainda por um estudo conduzido por COOK, et al. em 2005, envolvendo mais de 11.126 americanos (Jan et al., 2013). Os resultados indicaram que menos de 10% dos sobreviventes de AVC que não estavam institucionalizados tinham acesso aos serviços de reabilitação, sendo que esse foi altamente associado ao relato de fraqueza após o AVC, maior renda mensal e idade avançada. Foram encontradas ainda evidências de que déficits permanentes pós AVC são correlacionados à falha no acesso a esses serviços (Jan et al., 2013).

Na Irlanda dados semelhantes foram encontrados, onde 57% permaneceram sem receber a terapia recomendada 6 meses após a alta, sendo que um terço dos pacientes entrevistados continuavam com incapacidades moderadas a grave (Reuter et al., 2016). O nível de incapacidade poderia ser reduzido por meio de acesso a reabilitação adequada, e com isso reduzir custos para a sociedade, governo e familiares (Mittmann et al., 2012).

Achados de um estudo realizado na Austrália também com o objetivo de mensurar o acesso de pacientes com AVC aos serviços de reabilitação identificou que apenas 61% dos 214 pacientes entrevistados tiveram acesso a esses serviços, sendo o principal preditor o grau de dependência nos primeiros 28 dias, ou seja, quanto mais comprometido funcionalmente maior era o entendimento sobre a necessidade dos serviços especializados (Haan et al., 1993).

Outro estudo objetivou avaliar o acesso, tempo e frequência aos serviços de fisioterapia (FT), terapia ocupacional (TO) e fonoaudiologia (FA) na reabilitação de pacientes internados acometidos por AVC em Baden-Wuerttemberg. Na população estudada, aproximadamente 80% dos pacientes foram admitidos nas UAVC ou Unidades de Terapia Intensiva com alto nível de conhecimento sobre AVC (Faria, Araújo e Carvalho-Pinto, 2017). O estudo verificou disparidade quanto ao acesso aos diferentes serviços de reabilitação durante a internação, onde 90% dos pacientes com AVCi foram atendidos ao menos uma vez pela FT, 63% pela TO e 70% pelo serviço de FA. De forma geral os pacientes em Baden-Wuerttemberg têm excelente acesso a FT, enquanto uma sub oferta de FA e de forma mais impactante na TO (Faria, Araújo e Carvalho-Pinto, 2017).

É importante destacar também o sofrimento psíquico desses pacientes e a necessidade do atendimento psicológico. O maior sofrimento emocional, bem como morar sozinho implicou em maior atendimento psicológico. Entretanto, de todos os cuidados utilizados no primeiro semestre após o AVC, 33% foram interrompidos em um semestre. Com exceção da FT, o foco dos serviços de saúde seis meses após o derrame parecia mudar de reabilitação para "cuidados" mais permanentes, principalmente em termos de ajuda domiciliar e cuidados socioculturais (Miranda et al., 2018).

Na Polônia de forma esperançosa foi possível evidenciar um aumento na oferta de serviços especializados de reabilitação a esses pacientes entre 2004 e 2008, entretanto foi detectada a necessidade de um programa mais abrangente, que envolvesse ao menos 60 minutos de FT por dia, 30 minutos de FN 5 vezes por semana e reabilitação cognitiva com duração de 30 minutos durante 5 vezes na semana. Concluindo então que apesar de satisfatório o fornecimento de reabilitação na Polônia necessita de melhorias, sendo ainda não suficientes a demanda dos pacientes acometidos no país (Sarzynska-Dlugosz, Krawczyk e Czlonkowaska, 2011).

Pesquisas realizadas no Brasil acerca do acesso a reabilitação após o AVC também foram realizadas, em Belo Horizonte uma pesquisa objetivou descrever a assistência de fisioterapia recebida pelos pacientes pós AVC em um Núcleo de Apoio à da Família, foram inclusos 44 pacientes, destes 61% avaliaram sua capacidade física como razoável ou ruim e 31,8% apresentavam incapacidade severa, apesar disso apenas 35% receberam atendimento da fisioterapia, sendo que destes 94,2% foram atendimentos em domicílio, e por sua vez somente 50% desses pacientes receberam tratamento, sendo o acompanhamento uma prática pouco frequente, indo na direção oposta ao preconizado pelos *guidelines* de reabilitação pós AVC (Miranda et al., 2018).

Ainda no Brasil, em Porto Alegre 36 indivíduos com sequela de AVC foram avaliados quanto ao seguimento da fisioterapia após a alta hospitalar. Os resultados apontaram um acesso deficiente aos serviços de reabilitação, já que após 30 e 60 dias somente 19% e 39% dos pacientes consecutivamente haviam realizado seguimento fisioterapêutico (Petersen e Lund, 2020).

As decisões da equipe parecem ainda refletir tentativas de otimizar recursos, ou seja, pacientes com melhor prognóstico receberam terapias com menor frequência, e pacientes muito acometidos receberam reabilitação precoce com maior frequência (Faria, Araújo e Carvalho-Pinto, 2017).

Esse fenômeno pode ser explicado pelos apontamentos de Petersen e Lund (2011) e Dew, Baladin e Llewelyn (2008), que citam que apesar das alterações neurológicas impactarem na qualidade de vida, dignidade e na capacidade dos indivíduos de contribuir significativamente em seu círculo familiar, comunidade e sociedade, diversas vezes essas deficiências não são percebidas, sendo essas pessoas não são compreendidas como necessitando de cuidados (Dew, Baladin, e Llewellyn, 2008; Petersen e Lund, 2020)

A falta de percepção sobre essa condição leva a dificuldade na prestação de cuidados pós AVC, tanto pela desordem dos serviços como pelo acesso limitado aos cuidados especializados, principalmente em países em desenvolvimento, o que reforça a baixa conscientização sobre a necessidade de prestação de cuidados a pacientes com AVC. É provável que os pacientes com sequelas continuem recebendo tratamento para fatores de risco de AVC, como HAS, DM e obesidade, entretanto a abordagem com relação à reabilitação pós AVC é mínima (Donnan et al., 2008).

Para entender a necessidade de acesso a esses serviços estudos de mensuração sobre o número de acometidos pela doença se mostram necessários. Na África do Sul, por exemplo, não há informações sobre a prevalência de qualquer condição requerendo reabilitação, não sendo possível prever necessidades desses serviços no país (Urimubenshi et al., 2018).

Além da falta de informações sobre o número e grau de comprometimento dos pacientes afetados pelo AVC em diversos países, a falta de protocolo para o atendimento e acompanhamento desses torna a prestação dos serviços de reabilitação ainda mais custosa. De acordo com gestores e especialistas do sistema de saúde pública da Malásia, 72,4% dos locais não têm um plano de atendimento padrão para assistência a pacientes acometidos por AVC, apesar de 96,6% desses atores concordarem sobre a necessidade de um plano de atendimento padronizado, afirmando que isso implicaria em uma melhor da qualidade dos cuidados prestados para este grupo de pacientes (Donnan et al., 2008). Apontam ainda como principal fator dificultador a transferência inadequada dos pacientes da rede terciária para a primária, tornando mais penosa a organização dos serviços (Donnan et al., 2008).

Pacientes que na alta hospitalar são encaminhados para os serviços de saúde têm maior probabilidade de acesso ao auxílio domiciliar, isso pode indicar que uma alta organizada com um encaminhamento adequado implica em maior probabilidade de iniciar os atendimentos (Miranda et al., 2018).

Tendo em vista a omissão dos serviços de reabilitação pós AVC em diversos países, e levando em consideração a importância dos mesmos, a OMS sediou o evento “Reabilitação 2030: Um Chamado à Ação” destacando a necessidade global não atendida de reabilitação, recomendando que o acesso a esses serviços seja um direito de todas as pessoas acometidas pela doença (Rac et al., 2017).

Dessa maneira Morris et al (2019) decidiu estudar o fornecimento de serviços públicos de saúde e a estrutura básica desses serviços na África do Sul, observando os aspectos necessários para atender às recomendações da OMS 2030, sendo que de acordo com as informações do censo sul-africano de 2011 mostra que 2,8 milhões pessoas vivem com deficiência no país e 84% delas utilizam o serviço público de saúde (Morris et al., 2019).

De acordo com os parâmetros da “Reabilitação 2030” a equipe de reabilitação deve ser composta diversos profissionais, como um FT, TO, FA, médico e profissionais de assistência, contudo, isso geralmente não é viável em países de renda baixa a média devido à escassez de recursos humanos, na África do Sul, a força de trabalho também foi influenciado pela segregação do apartheid, que levou a uma distribuição desigual dessa força de trabalho, especialmente entre os centros rurais e urbanos, sendo ainda a geografia um desafio de acesso a reabilitação, que impede que pessoas que vivem em áreas rurais remotas ou remotos frequentem a reabilitação regular. Além dos fatores relacionados à mão de obra e barreiras geográficas, a África do Sul conta ainda com dificuldades financeiras para o financiamento desses serviços, sendo ainda necessário estabelecer o custo substancial desses cuidados (Urimubenshi et al., 2018).

No geral, os dados de Morris et al (2019) convergem aos achados em uma revisão sistemática que teve como objetivo descrever o status dos cuidados com AVC na África, que evidenciou que a oferta de reabilitação está abaixo dos padrões recomendados, com variações entre países e ambientes (Morris et al., 2019). Afirmando a necessidade de esforços combinados de formuladores de políticas públicas e profissionais de saúde para garantir maior acesso à infraestrutura essencial, como unidades de AVC que agregaram em maior ganho funcional a população acometida (Teasell et al., 2009; Irish Heart Foundation, 2010).

Pesquisadores de outros países também buscam examinar os conceitos e estratégias que estão sendo empregados na prática clínica e contrapor a influentes estudos internacionais, possibilitando uma melhor visualização entre as práticas e a melhor evidência na reabilitação do AVC. Existem evidências favoráveis às unidades de AVC como “padrão ouro”, porém o acesso a essas unidades é limitado. Alguns componentes-chave são mencionados como críticos para o desenvolvimento de um modelo baseado em evidências para reabilitação pós AVC, são eles: Tempo de admissão, Intensidade da terapia, Terapia orientada a tarefa e Planejamento da alta. A pesquisa aponta de forma promissora que apesar da complexidade e divergências quanto a reabilitação no AVC há uma revolução em curso, que impactará profundamente não apenas cuidados com AVC, mas também em outras áreas de reabilitação com foco na otimização reorganização cerebral, maximizando recuperação e retorno de pacientes para sua casa e meio social (O'Sullivan et al., 2014).

Ainda objetivando confrontar o preconizado e a prática clínica no cuidado de pacientes acometidos por AVC, uma revisão retrospectiva foi realizada em uma unidade hospitalar na Irlanda, analisando durante 03 meses o acesso aos serviços de AVC e a reabilitação ofertada pela EMD aos pacientes com diagnóstico de AVC agudo internados, sendo que os parâmetros observados foram as "Diretrizes e Recomendações Clínicas Nacionais para o Atendimento de Pessoas com Acidente Vascular Cerebral e AIT" (Salisbury et al., 2010). Os pacientes receberam alta do serviço de AVC após uma estadia média de 20,2 dias e 76,7% dos pacientes foram admitidos na unidade de AVC agudo. O tempo médio desde a admissão até a primeira avaliação foi de 3,4 dias, com uma média de 138 minutos de tratamento recebido por dia em todas as profissões da EMD. Dados esses que quando confrontados as recomendações mostram discrepâncias importantes, como tempo superior ao recomendado para avaliação na admissão, que de acordo com o recomendado deveria ser de 24 a 48 horas após a admissão, e o tempo inferior de terapia, que pelas diretrizes deveriam ser de 180 minutos de tratamento (Nanninga et al., 2018). À medida que as demandas por serviços da EMD para AVC aumentam, o estudo frisa a importância de reconhecer os benefícios desses serviços na reabilitação desses pacientes e aumentar a equipe e os recursos para manter e continuar a melhorar os padrões (Nanninga et al., 2018).

Um achado pertinente que evidencia a importância da oferta adequada de serviços de reabilitação pós AVC é do uso de cuidados de saúde seis meses após o evento. Um estudo desenvolvido na Holanda, que avaliou 382 pacientes após a alta

hospitalar, mostra que o acesso a esses serviços é maior no primeiro semestre após o evento que o período anterior ao AVC. Os principais serviços utilizados após o AVC foram FT, TO e FA, sendo ainda que pacientes idosos eram propensos a receber maior atenção domiciliar, entretanto menos propensos a receberem FT, apoio psicológico e demais cuidados, os achados mostram ainda que maior renda financeira também foi relacionada à maior acesso a terapias (Miranda et al., 2018).

Discorrendo mais profundamente sobre o acesso a reabilitação pós AVC deve-se falar a respeito das barreiras de acesso a esses serviços, um fator a ser analisado é o alcance desses serviços pelos pacientes acometidos, levando em consideração o meio de transporte a ser utilizado para acessar fisicamente e geograficamente os locais prestadores, a burocracia, habilidades prévias, alfabetização em saúde e apoio social.

A percepção dos pacientes e cuidadores sobre a reabilitação pós AVC é um aspecto importante que também deve ser respeitado. Uma pesquisa realizada com treze pacientes e nove cuidadores na Escócia mostra a impressão desses atores quanto ao acesso aos serviços de saúde após o AVC (Ellis e Egede, 2009). Levando em consideração o atendimento, e as necessidades dos pacientes, grande parte dos pacientes descrevem os serviços como falhos ou insuficientes, identificando barreiras para o acesso aos serviços, indo em oposição ao recomendado para os cuidados pós AVC, o que evidencia a complexidade da prestação de serviços de reabilitação nos serviços públicos de saúde e o despreparo desses serviços (Ellis e Egede, 2009).

Uma pesquisa realizada na Holanda sobre mobilidade geográfica na reabilitação de AVC, evidenciou que os custos financeiros e a falta de conhecimento do funcionamento de certos serviços atuam como uma barreira o acesso a serviços de reabilitação, mostrando que a mobilidade tem muitos aspectos que interagem entre si de múltiplas maneiras, sugerindo que foco da reabilitação atual leve em consideração a mobilidade dos acometidos e a revisão das terapias físicas em domicílio, pois os serviços de reabilitação prestados atualmente não capturam as multiplicidades incorporadas nas configurações da vida real dos pacientes de AVC (Mckevitt et al., 2015).

Outra barreira mencionada na reabilitação pós AVC são as disparidades étnicas, dessa maneira uma revisão sistemática realizada nos EUA avaliou no recebimento de terapias pós alta por AVC objetivando analisar as discrepâncias no fornecimento dos serviços levando em consideração a raça/etnia da população. Inicialmente foram apontadas possíveis diferenças raciais presentes na utilização dos serviços, entretanto quando comparadas às regiões onde as pesquisas foram realizadas certo grau heterogeneidade foi visualizado, não sendo possível afirmar a real existência de diferenças racial/étnica no acesso à reabilitação. Entretanto, o autor sugere que nos próximos cinco anos as diferenças raciais/étnicas ainda serão um fator preocupante como facilitador ou desfavorável de acesso dos indivíduos aos serviços de saúde nos EUA (Ellis e Egede, 2009).

Características sociodemográficas na prestação de cuidados e reabilitação no período agudo e crônico pós AVC também foram estudados em uma população urbana multiétnica, observando a existência de diferença entre idade, sexo, nível socioeconômico e etnia da população atendida. A idade avançada foi associada a menores chances de hospitalização, entretanto o oposto é verdadeiro quando associados a maior chance de receber fisioterapia. A etnia negra foi associada a maiores chances de admissão na UAVC. Foram encontrados ainda achados com relação às características sociodemográficas e o fornecimento de terapias de reabilitação e acompanhamento médico, bem como foi identificada relação entre a idade e o acesso às terapias, sendo que pessoas idosas eram mais propensas a ter acesso a FT e TO, a dificuldade de acesso às terapias também foram relatadas por pessoas que exerciam atividades ocupacionais não manuais. Um fato importante identificado no estudo é de que pacientes que haviam recebido atendimento em UAVC tinham maior probabilidade de receber FA após a alta (Mckevitt et al., 2015).

Indo ao encontro a informações obtidas em outros estudos Hann et al (1993), conclui-se que na Holanda o uso de serviços de saúde após o AVC foi explicado principalmente por necessidades e fatores predisponentes, como idade, condições de vida e circunstâncias sociais (Haan, 1993).

No Brasil as principais barreiras de acesso aos serviços de reabilitação identificadas foram a burocracia e o longo tempo de espera, que como já discutido é incompatível ao preconizado para o cuidado desses pacientes (Faria, Araújo e Carvalho-Pinto, 2017).

Embora existam evidências internacionais irrefutáveis sobre a importância da reabilitação em pacientes acometidos por AVC, são necessárias intensas estratégias para identificar e abordar as principais barreiras quanto à implementação das evidências para o atendimento desses pacientes, acarretando um padrão proeminente de prestação de serviços de reabilitação (Teasell et al., 2009).

4. Considerações Finais

Esta é uma revisão sobre acesso a reabilitação pós-AVC com foco na reabilitação física, fornecendo uma visão geral sistemática e atualizada dos dados disponíveis sobre esse assunto. Pesquisamos em bancos de dados relevantes, com restrição de idiomas no inglês, português e espanhol, com extração de dados baseado nas diretrizes do PRISMA.

No entanto, essa revisão pode estar sujeita a viés já que apenas bancos de dados e referências eletrônicas foram consideradas durante a pesquisa. Entre os estudos considerados para a presente revisão, três foram retrospectivos, sendo que as deficiências deste desenho de estudo precisam ser consideradas durante a interpretação dos resultados. A falta de dados sobre o assunto em muitas regiões do mundo também é uma limitação, e evidencia a necessidade urgente de estabelecer sistemas de monitoramento desse acesso de forma confiável em todo o sistema de saúde.

Além dos pontos destacados anteriormente, os dados limitados sobre as barreiras que levam a dificuldade de acesso na terapia pós-AVC impossibilitam uma real conclusão sobre esse cenário. Mais estudos sobre o tema são necessários para apontar as causas da limitação do acesso a esses serviços.

É notório que nos últimos anos a reabilitação pós-AVC tem sido um tema amplamente discutido e vem ganhando espaço dentro das políticas públicas de saúde. Diretrizes norteadoras estão sendo desenvolvidas e consensos sobre reabilitação são discutidos buscando atendimento adequado e de qualidade aos pacientes acometidos pelo AVC buscando reduzir as sequelas da doença e devolver a qualidade de vida, com inserção social desses indivíduos.

Entretanto, apesar de já bem discutidas as abordagens e a importância da reabilitação física em pacientes acometidos após um AVC, o acesso mostra-se ainda dificultado, com diversas barreiras como: equipe insuficiente, falta de estrutura, burocracia, dificuldade de locomoção, e falta de entendimento sobre os serviços. Contudo o atual sistema de organização do cuidado pode ser melhorado, usando novos conceitos de estrutura e processo de cuidado, criando uma comunicação mais eficaz entre o sistema de saúde, pacientes e cuidadores.

Portanto, iniciativas futuras devem incluir o desenvolvimento de políticas públicas que apoiem efetivos e equitativos sistemas e redes de reabilitação para pacientes acometidos pelo AVC na comunidade complementando a gestão de reabilitação hospitalar e domiciliar.

Sugerimos que novos estudos acerca do acesso a reabilitação pós AVC sejam realizados, trazendo visibilidade a um assunto que impacta grande parte da população, e possíveis soluções e tratativas as deficiências identificadas no sistema de saúde.

Referências

- Abdul, A. F. A. et al (2014). 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*; 17(1): 1-11.
- Campos, L. M. et al. (2017). How many patients become functionally dependent after a stroke? A 3-year population-based study in Joinville, Brazil. *PLoS ONE*; 12 (1): 1-12.

- Cook, C. et al. (2005). Variables associated with occupational and physical therapy stroke rehabilitation utilization and outcomes. *Journal of Allied Health*; 34(1): 3-10.
- Dew, A., Baladin, S., Llewellyn, G. (2008). The Psychosocial Impact on Siblings of People with Lifelong Physical Disability: A Review of the Literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*; 20(5): 485-507.
- Donnan, G. A. et al (2008). Stroke. *Lancet*; 371 (9624): 1612-23.
- Ellis, C., Edge, L. E.(2009). Racial/ethnic differences in poststroke rehabilitation utilization in the USA. *Expert Rev. Cardiovasc. Ther*; 7(4): 405-410.
- Faria, C. D. C. de M, Araújo D. C., Carvalho-Pinto B. P. de B. (2017). Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke. *Fisioterapia em Movimento*; 30 (3): 527-536.
- Haan, R. et al. (1993). Measuring quality of life in stroke. *Stroke*.
- Hall, P. et al. (2016). Access to Rehabilitation at Six Months Post Stroke : A Profile from the Action on Secondary Prevention Interventions and Rehabilitation in Stroke (ASPIRE-S) Study. *Cerebrovasc Dis*: 247-254.
- Hall, R. et al. (2012). Ontario stroke evaluation report: Prescribing system solutions to improve stroke outcomes: Ontario Stroke Report Card, 2010/11. *Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences*.
- Hendricks, H. T. (2002). Motor recovery after stroke: A systematic review of the literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 83 (11): 1629-1637.
- Hillmann S. et al. (2017). Stroke unit care in germany : the german stroke registers study group (ADSR). *BMC Neurol*; 17(1): 1-8.
- Irish Heart Foundation (2010). *National Clinical Guidelines and Recommendations for the Care of People with Stroke and Transient Ischaemic Attack*.
- Jan, S. et al. (2013). Are rehabilitation services following stroke accessed equitably in Australia?: Findings from the psychosocial outcomes in stroke (POISE) cohort study. *BMC Public Health*;13 (1): 884.
- Mckevitt, C. et al. (2015). Are There Inequalities in the Provision of Stroke Care? Analysis of an Inner-City Stroke Register. *Stroke*; 36(2):315-321.
- Miranda, R. E. et al. (2018). Avaliação do acesso à fisioterapia após a alta hospitalar em indivíduos com Acidente Vascular Cerebral Assessment of access to physiotherapy after hospital discharge in post-stroke patients. *Clin Biomed Res*; 38 (3): 245-252.
- Mittmann, N. et al. (2012). Impact of disability status on ischemic stroke costs in Canada in the first year. *Canadian Journal of Neurological Sciences*; [s. l.], v. 39, n. 6, p. 793-800.
- Morris, L. D. et al. (2019). Health system challenges affecting rehabilitation services in South Africa. *Disability and Rehabilitation*; 0 (0): 1-7.
- Mukherjee, D, Patil C G (2011). Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurgery*; 76(6): 85-90.
- Nanninga, C. S. et al. (2018). Unpacking community mobility: a preliminary study into the embodied experiences of stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*; 40(17): 2015-2024.
- Organização Mundial da Saúde (2020). Rehabilitation 2030. <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/>.
- O'Sullivan, E. J. et al. (2014). Access to in-patient stroke services and multidisciplinary team (MDT) rehabilitation: current demands and capacity. *Irish medical journal*; 107(6):171-3.
- Ouriques, Martins S C et al.(2018). Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries. *The Lancet Neurology*; 18 (7): 674-683.
- Petersen, I, Lund C. (2011). Mental health services in South Africa from 2000 to 2010: a step forward, a step back. *Revista Médica da África do Sul*; 101(10): 751-757.
- Rac, V. E. et al. (2017). The characteristics of stroke units in Ontario: A pan-provincial survey. *BMC Health Services Research*; 17 (1): 1-10.
- Reuter, B. et al. (2016). Access, timing and frequency of very early stroke rehabilitation - insights from the Baden-Wuerttemberg stroke registry. *BMC Neurology*; 16 (1): 1-10.
- Salisbury, L. et al. (2010). "After the stroke": Patients' and carers' experiences of healthcare after stroke in Scotland. *Health and Social Care in the Community*; 18 (4): 424-432.
- Sarzynska-Dlugosz, I, Krawczyk, M, Czlonkowaska A. (2011). Development of early comprehensive post-stroke rehabilitation in Poland - present state and further needs. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*; 45 (3): 245-251.
- Teasell, R. W. et al. (2003) Early Supported Discharge in Stroke Rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*; 10 (2):19-33.
- Teasell, R. et al. (2009). Stroke rehabilitation: An international perspective. *Topics in Stroke Rehabilitation*; 16 (1):44-56.
- Urimubenshi, G. et al. (2018). Stroke care in Africa: A systematic review of the literature. *International Journal of Stroke*; 13 (8):797-805.