

Itinerário terapêutico de sobreviventes de acidente vascular cerebral em um hospital terciário nigeriano

Therapeutic itinerary of stroke survivors in a Nigerian tertiary hospital

Como citar este artigo:

Mbada CE, Ogunleye OM, Ogundele AO, Oyewole OO, Ademoyegun AB, Obembe AO, et al. Therapeutic itinerary of stroke survivors in a Nigerian tertiary hospital. Rev Rene. 2021;22:e60840. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260840>

-  Chidozie Emmanuel Mbada¹
 Oluwayemisi Mary Ogunleye¹
 Abiola Oladele Ogundele²
 Olufemi Oyeleye Oyewole³
 Adekola Babatunde Ademoyegun⁴
 Adebimpe Olayinka Obembe⁵
 Francis Fatoye⁶

¹Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria.

²Bowen University, Iwo, Nigeria.

³Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital, Shagamu, Nigeria.

⁴Ladoke Akintola University of Technology Teaching Hospital, Osogbo, Nigeria.

⁵College of Saint Mary, Omaha, USA.

⁶Manchester Metropolitan University, Faculty of Health, Psychology and Social Care, Manchester, UK.

Autor correspondente:

Adekola Babatunde Ademoyegun
Department of Physiotherapy, Ladoke Akintola University of Technology Teaching Hospital, PMB 5000, Osogbo, Nigeria.
Email: aademoyegun@gmail.com

EDITOR CHEFE: Viviane Martins da Silva

EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

RESUMO

Objetivo: analisar o itinerário terapêutico de sobreviventes de acidente vascular cerebral, desde sua ocorrência até a reabilitação. **Métodos:** itinerário terapêutico percorrido por 12 sobreviventes de acidente vascular cerebral para resolver seus problemas de saúde foi explorado usando entrevistas em profundidade e análise temática. **Resultados:** as rotas dos sobreviventes foram influenciadas pelo tipo e estado do paciente no início do acidente vascular cerebral. A falta de capacidade contribuiu para indecisão entre buscar atendimento em hospitais privados ou públicos. A entrada na fisioterapia dependeu da demanda espontânea e de encaminhamentos realizados por médicos que atuam como sentinelas dos pacientes. O acidente vascular cerebral afetou significativamente a vida social dos sobreviventes. A extensão do comprometimento do acidente vascular cerebral e expectativas não atendidas promovem o pluralismo médico entre os sobreviventes. **Conclusão:** sobreviventes de acidente vascular cerebral estão envolvidos em itinerários terapêuticos complexos e extensos, caracterizados pela prática de busca de múltiplos cuidados.

Descritores: Terapias Complementares; Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: to analyze the therapeutic itinerary of stroke survivors from stroke occurrence to rehabilitation. **Methods:** therapeutic itinerary - route taken by individuals to solve their health problems, of 12 stroke survivors was explored using in-depth interviews and was thematically analyzed. **Results:** stroke survivors' routes were influenced by type of stroke and the state of the patient at onset of stroke. Lack of capacity facilitates vacillation from private to the public hospital settings. Entry into physiotherapy was dependent on self-referrals and referrals from physicians who often serve as gatekeeper of patients. Stroke significantly affected social life of stroke survivors, and the extent of stroke impairment and unmet expectations promotes medical pluralism among the survivors. **Conclusion:** stroke survivors are involved in intricate and lengthy therapeutic itineraries that are characterized by multiple care seeking practice.

Descriptors: Complementary Therapies; Rehabilitation; Stroke; Physical Therapy Specialty.

Introdução

Em todo o mundo, o acidente vascular cerebral é a segunda causa de morte e a terceira causa de incapacidade. Estudos mostraram que 70,0% de todas as incidências de acidente vascular cerebral e 87,0% de todas as mortes relacionadas à doença ocorrem em países de baixa e média renda, o que inclui a Nigéria, com taxa de prevalência de 1,4 por 1.000 habitantes⁽¹⁾. Prevê-se que a carga do acidente vascular cerebral aumente nesses países devido às mudanças demográficas em curso, como envelhecimento da população e transições de saúde⁽²⁾.

Sobreviver a um acidente vascular cerebral pode ser um processo de longo prazo que afeta muitos aspectos da qualidade de vida dos sobreviventes. Poucos estudos rastream os sobreviventes de acidente vascular cerebral em todo o processo de atendimento investigando a qualidade do atendimento que receberam e seus resultados⁽³⁾. Enquanto uma atenção significativa na pesquisa tem sido voltada para estudos e intervenções epidemiológicas, os caminhos percorridos em busca de soluções para problemas de saúde (conhecidos como itinerário terapêutico) são amplamente inexplorados⁽⁴⁾.

Itinerário terapêutico é a busca por tratamento ou caminhos percorridos pelo indivíduo para solucionar seu problema de saúde. O itinerário terapêutico parece ser influenciado pelas práticas socioculturais e está tecido nas múltiplas redes formais e informais de apoio às quais a pessoa pertence⁽⁵⁾. Curiosamente, sobreviventes de acidente vascular cerebral, em uma busca desesperada por cura, às vezes embarcam em uma série de viagens conhecidas e desconhecidas. Considera-se que o engajamento em um itinerário terapêutico envolve a decisão entre diferentes tipos de sistema de saúde, o que pode levar a possíveis interações que podem impactar na recuperação e nos resultados dos pacientes.

O mapeamento do itinerário terapêutico dos pacientes pode ajudar a informar a política e a educação em saúde bem como permitir uma melhor compreensão do comportamento de saúde e doença e dos

processos subjacentes. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o itinerário terapêutico de sobreviventes de acidente vascular cerebral nigerianos, desde o ponto de ocorrência do acidente vascular cerebral até o período de reabilitação, a fim de compreender os fatores facilitadores específicos do contexto de seus comportamentos de busca de saúde ou os caminhos para o atendimento.

Métodos

Estudo qualitativo⁽⁶⁾ com 12 sobreviventes de acidente vascular cerebral, com pelo menos seis meses de início dos sintomas, que estavam participando do ambulatório de fisioterapia clínica do Complexo de Hospitais de Ensino da Universidade Obafemi Awolowo (OAUTHC), Ile-Ife, Nigéria. O estudo ocorreu entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020. Os entrevistados elegíveis eram sobreviventes de acidente vascular cerebral com nível de cognição de 24 pontos ou mais no Mini Exame do Estado Mental e sem qualquer problema de comunicação.

Um guia de entrevista em profundidade foi usado para coletar dados neste estudo. A entrevista ocorreu em uma sala dedicada ao estudo, no Departamento de Fisioterapia. A entrevista foi realizada por duas das autoras, por meio de um roteiro de entrevista, que buscou informações sobre o itinerário terapêutico do paciente que busca atendimento, estágios e experiências com a terapia e as tendências para as escolhas da terapia (Figura 1). As entrevistas foram gravadas em fita cassete e tiveram duração média de aproximadamente duas horas para cada entrevistado, sendo permitidos intervalos de descanso. As entrevistas foram conduzidas em inglês ou iorubá, dependendo do idioma de melhor proficiência dos entrevistados. A língua iorubá é a língua nigeriana indígena mais falada na região onde este estudo foi realizado. A tradução das entrevistas conduzidas na língua iorubá para o inglês foi feita por especialistas do Departamento de Linguística e Línguas Africanas da Universidade Obafemi Awolowo, Ile-Ife, Nigéria.

1. Incidência de acidente vascular cerebral (repentino/insidioso)
2. Ação imediata após o acidente vascular cerebral (pedido de ajuda/ observação/autoajuda/hospital/aconselhamento solicitado/ignorado)
3. Ação do hospital após a admissão (imediata/atrasada/não especificada)
4. Experiência de visita ao hospital (experiência ruim, razoável ou boa/melhora após visita ao hospital)
5. Encaminhamento (outro hospital/motivo do encaminhamento/encaminhamento para fisioterapia/fonte de encaminhamento para fisioterapia)
6. Resultado após a fisioterapia (alívio da dor/mobilidade/melhorias da funcionalidade/retorno ao trabalho)
7. Impacto social (interferência da condição na vida social/interferência nas funções familiares/interferência na prática religiosa)
8. Buscar cuidados alternativos (melhoria a partir dos cuidados alternativos/eficácia percebida entre hospital, cuidados alternativos e da combinação destes)

Figura 1 – Perguntas contidas no guia de entrevista. Nigéria, 2019

Os dados foram analisados em etapas seguindo os protocolos de Graneheim e Lundman sobre análise de conteúdo qualitativa⁽⁷⁾. Esses protocolos incluem conteúdo manifesto e latente, unidade de análise, unidade de significado, condensação, abstração, área de conteúdo, código, categoria e análise temática de conteúdo. As entrevistas gravadas em fita foram transcritas na íntegra e revisadas pelos autores para garantir a exatidão. Códigos descritivos curtos foram alocados em seções do texto e códigos que expressavam conceitos semelhantes foram agrupados para formar temas. A análise temática de conteúdo (temas e frases-chave) foi utilizada para organizar os dados e as narrações. Todas as falas consideradas representativas dos temas foram escolhidas para as ilustrações e para garantir que os leitores pudessem avaliar a permutabilidade dos resultados. Para proteger o anonimato dos entrevistados, foram utilizados pseudônimos.

O consentimento informado foi obtido de cada participante e a aprovação ética para o estudo foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa do OAUTHC nº ERC/2019/12/20. Além disso, foi solicitada permissão aos entrevistados para gravar as entrevistas.

Resultados

As características sociodemográficas e clínicas dos entrevistados são apresentadas na Tabela 1. A média de idade dos entrevistados foi de 56,4 anos. Os entrevistados eram, em sua maioria, comerciantes e aposentados. A maioria era cristã (83,3%), tinha acidente vascular cerebral isquêmico (83,3%) e não apresentava comorbidades (83,3%). A análise dos comentários dos entrevistados resultou em seis temas: ponto de cuidados intensivos, experiência de cuidados clínicos, encaminhamento de fisioterapia, resultados, impacto social e pluralismo médico. Os resultados da análise qualitativa do estudo são apresentados em *itálico*. Na fase aguda, os sobreviventes do acidente vascular cerebral recorrem a um hospital público ou privado, no entanto, eles se engajaram no pluralismo médico na fase crônica. O caminho percorrido pelos entrevistados na busca por atendimento para o acidente vascular cerebral é apresentado na Figura 2.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos entrevistados (n=12). Nigéria, 2019

Variável	n (%)
Média de idade: 56,4	
Sexo	
Masculino	8 (66,7)
Feminino	4 (33,3)
Religião	
Cristã	10 (83,3)
Muçulmana	2 (16,7)
Ocupação	
Aposentado	4 (33,3)
Comerciante	4 (33,3)
Datilógrafo	1 (8,3)
Advogado	1 (8,3)
Motorista	1 (8,3)
Pastor	1 (8,3)
Média de duração: 42,9	
Co-morbidades	
Não	10 (83,3)
Sim	2 (16,7)
Tipo	
Isquêmico	10 (83,3)
Hemorrágico	2 (16,7)

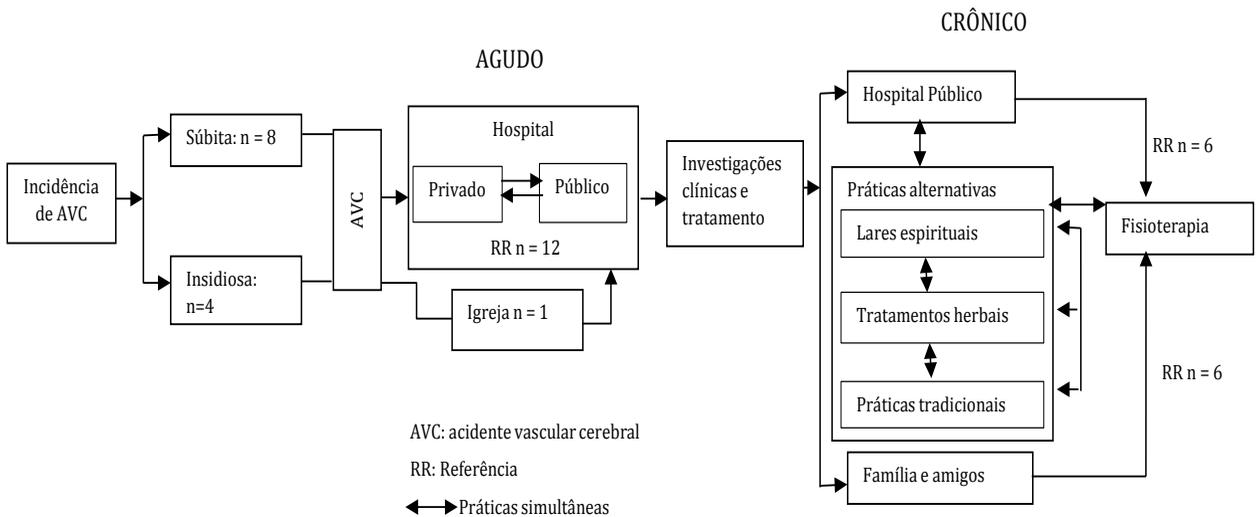


Figura 2 – Caminho percorrido pelos participantes do estudo ao buscar atendimento para o acidente vascular cerebral. Nigéria, 2019

Ponto de cuidados intensivos

Devido à natureza do acidente vascular cerebral, seu início súbito ou insidioso influencia os cuidados e preferências. Oito entrevistados descreveram o início dos sintomas de acidente vascular cerebral como repentino. Um dos participantes narrou que: *Na verdade, inicialmente eu estava sentindo dor no lado esquerdo, mas não sabia que era um derrame. De repente, a coisa simplesmente aconteceu, eu simplesmente caí no banheiro e fui levado para o hospital inconsciente* (P6). Conta outro participante: *Sou caminhoneiro, estava trabalhando quando senti necessidade de ir ao banheiro, desci e fui ao toailete, na volta ao caminhão descobri que meu braço parou de se mover – foi como começou* (P10). Consequentemente, esses sobreviventes não tiveram grande influência no primeiro ponto de atendimento. Um dos participantes revelou: *Eles me levaram às pressas para um Hospital Geral...* (P6). Um outro participante disse: *Eu não sabia de nada; mais tarde soube que fui transportado daquele lugar para uma clínica* (P11).

Participantes que supostamente tiveram início insidioso de acidente vascular cerebral, em algum grau, tiveram influência sobre onde iniciar o tratamento. Alguns dos participantes expressaram: *Quando aconteceu, fui à igreja...* (P1). *Liguei para uma amiga que*

me levou ao hospital (P3). *Fiquei observando até as 12 horas, aí liguei para o meu filho, e ele me levou pro hospital escola* (P9). No geral, os hospitais foram os primeiros destinos para o início do atendimento às vítimas de acidente vascular cerebral neste estudo, exceto em alguns casos, entre pessoas que tiveram início insidioso de acidente vascular cerebral com manifestação de sintomas leves a moderados.

Aqueles que podiam tomar providências na fase inicial do acidente vascular cerebral em busca de atendimento frequentaram, geralmente, hospitais, especialmente privados. Hospitais de ensino frequentemente recebem referências de hospitais privados em casos graves, especialmente quando o paciente está inconsciente. Um trecho revela: *...fiquei 18 dias lá e não houve melhora, depois fui encaminhado para o Hospital Universitário...* (P7). Ao explorar as medidas tomadas após o incidente do acidente vascular cerebral, outro participante relatou: *Procurei aconselhamento de pessoas que tiveram experiências semelhantes ou que vivenciaram isso com alguém relacionado a elas, o que me levou a usar tratamentos médicos e tradicionais* (P9).

Experiência de cuidados clínicos

Quase todos os participantes iniciaram seu percurso de atendimento ao acidente vascular cerebral

pelos hospitais. Suas experiências hospitalares com atendimento clínico de acidente vascular cerebral agudo foram variadas. Por exemplo, um deles respondeu: *Fui levado ao hospital no mesmo dia, mas não fui atendido até cerca de 12 horas depois* (P1). Da mesma forma, outro participante narrou sua experiência no hospital, assim: *Após o derrame, fui levado ao hospital naquela noite. Minha esposa apelou para o médico porque ele estava me rejeitando... demorou um pouco, mas eles me atenderam...* (P4). Em contraste, alguns outros participantes tiveram experiências hospitalares positivas envolvendo cuidados imediatos ou encaminhamentos, conforme expresso nos seguintes trechos: *...fui para o hospital antes das 24 horas e recebi ininterruptamente a injeção de Augmentin®, de imediato, só fui encaminhado para fazer radiografia em outro hospital* (P12). *Fui encaminhado do pronto-socorro para outro hospital...* (P3).

No entanto, percebe-se que o primeiro ponto de atendimento dos hospitais parece ter capacidade limitada para lidar com casos de acidente vascular cerebral, visto que o encaminhamento direto para testes ou para cuidados posteriores foram práticas comuns: *Fui encaminhado do hospital de emergência para outro hospital para fazer uma avaliação cerebral* (P3). *...Acabei de ser levado para o hospital. Fiz exames neste hospital e em outro local* (P7). Além disso, outro participante relatou: *Passei três dias internado e fiz vários testes; Fui (então) encaminhado para outro hospital para tomografia computadorizada* (P9). No geral, os participantes expressaram opiniões divergentes sobre as visitas aos hospitais. Especificamente, alguns disseram: *A experiência foi ruim, porque nenhuma ação foi tomada imediatamente, causando ainda mais deterioração na saúde* (P1). *No primeiro hospital particular que eu fui, eles não podiam fazer muita coisa...* (P8). *Quando cheguei ao hospital universitário [nome omitido] inicialmente, não havia leito, tive que sentar-me no chão...* (P10). Alguns outros expressaram opiniões justas sobre suas experiências de visitas ao hospital, uma vez que o custo do atendimento parece ser o que os privou de ter uma boa experiência. Por exemplo, um dos participantes disse: *Minha experiência foi justa, os médicos deram o seu melhor, o tratamento até agora foi agradável, só que os medicamentos que devemos receber no hospital são caros e eles nos dizem que estão esgotados* (P9). *Eles me atenderam na hora, mas o exame foi caro demais* (P4).

Como aspecto positivo, alguns expressaram satisfação absoluta com as experiências relacionadas às visitas ao hospital. Os trechos a seguir capturaram essas experiências: *Honestamente estou satisfeito* (P11). *Foi bom; Fui atendido imediatamente* (P12). *Fui imediatamente atendida e fiquei satisfeita com o tratamento* (P3). *...Os médicos tentaram nos outros hospitais [nomes omitidos], fui atendida direitinho* (P8). Em geral, 11 participantes atribuíram melhora significativa em suas condições às idas ao hospital. Os trechos a seguir descrevem sucintamente os sentimentos: *Foi útil e minha saúde melhorou um pouco* (P1). *Houve melhora nesse hospital* (P6). *Melhorou minha saúde, teve uma diferença* (P4).

Encaminhamento de fisioterapia

Na jornada para a recuperação do acidente vascular cerebral, a fisioterapia desempenha um papel significativo e é uma via importante para retornar ao normal (ou quase normal) e trabalhar. A rota de entrada de sobreviventes de acidente vascular cerebral na fisioterapia para tratamento de reabilitação foi explorada neste estudo. Um dos participantes revelou: *Fiquei vários anos na clínica do hospital, aí minha esposa falou pro médico – você não poderia encaminhar meu marido pra fisioterapia? Então uma mulher trabalhando aqui [na clínica] me encaminhou para esse lugar [clínica de fisioterapia]*. Geralmente, os médicos (6 entrevistados; 50,0%) e amigos e parentes (6 entrevistados; 50,0%) foram fundamentais em todos os encaminhamentos para fisioterapia. Alguns dos participantes afirmaram: *Fui encaminhado por um amigo* (P1). Enquanto outros disseram: *Fui encaminhado pelo médico* (P2). Este estudo explicitou o que o participante fez após o encaminhamento. Entre alguns dos sobreviventes, não houve períodos de espera significativos entre os encaminhamentos, a primeira consulta e as subsequentes. Alguns participantes lembraram: *Comecei cedo* (P8), *fui encaminhado de imediato* (P12), *demorou uns sete dias para começar* (P3). No entanto, alguns se apresentaram ao acompanhamento fisioterápico com atraso, conforme visto nos seguintes trechos: *Demorou um mês e meio após o incidente* (P10), *não foi de imediato, porque eu não sabia que tinha fisioterapia* (P1), *...o fisioterapeuta não veio me ver*

quando eu estava na enfermagem (P4). Ademais, os pacientes que se apresentaram para fisioterapia após o encaminhamento não receberam terapia de imediato, pois estavam agendados para consulta futura ou foram colocados em lista de espera. Por exemplo, um dos participantes afirmou: *Três dias depois que procurei o serviço é que foi marcada uma consulta para vir para o tratamento...* (P5).

Resultados

Este estudo também explorou a utilidade da fisioterapia para o estado funcional dos participantes. Sete dos entrevistados relataram que a fisioterapia foi útil para recuperar a mobilidade, quatro relataram alívio da dor, dois relataram melhora da funcionalidade e apenas um foi capaz de retornar ao trabalho. Os trechos abaixo revelam os relatos dos participantes: *A fisioterapia tem sido útil para me mover e andar* (P1). *A dor diminuiu também porque recomendaram gel analgésico* (P6). *Sim, eu posso fazer quase tudo sozinho, posso até preparar amala [dieta local feita de mandioca] que eu não podia fazer antes* (P6). Além disso, um participante expressou com entusiasmo o retorno ao trabalho depois de receber fisioterapia: *Você pode me ver agora* (risos). *Conseguir trabalhar melhor; minha dor também diminuiu* (P11). No entanto, a recuperação da função da mão foi relatada apenas por poucos participantes, e é um incômodo para alguns deles, como uma aspiração que ainda não foi alcançada. O relato de um dos participantes diz: *Houve melhorias nas minhas pernas, mas continuam nas minhas mãos. Não tem dor* (P7).

Impacto social

Embora melhorias consideráveis no comprometimento dos participantes tenham sido atribuídas ao recebimento de fisioterapia, todos os participantes afirmaram que sua condição ainda interfere na participação social. Por exemplo, um deles narrou: *Afetou isso [participação social] drasticamente. Desde que isso [acidente vascular cerebral] aconteceu, não fui mais ao trabalho, à festa ou a qualquer lugar. Todas as minhas namoradas fugiram inclusive minha esposa, só meus filhos vêm me visitar* (P4). Outro disse: *Interferiu*

na maioria das coisas que eu fazia como pai, hoje eu não posso fazer, porque não tenho trabalho. A maioria dos meus amigos me visita com frequência. Só que não posso mais visitá-los como costumava fazer. Sim, penso muito. Antes eu tinha muito dinheiro para gastar, mas agora estou pedindo dinheiro (P6). Alguns outros replicam afirmando: *Muito! ...Os lugares que eu ia não posso mais ir regularmente; as atividades que participo ativamente tive que diminuir minha participação* (P9). *Minha participação social diminuiu drasticamente, embora às vezes surja alguma situação que queira me deixar deprimida, mas não me permito pensar nisso* (P10).

Uma preocupação significativa para os participantes é a limitação da participação religiosa: *Isso realmente afetou minha vida social porque eu não podia ir à igreja regularmente* (P1). *Tem restringido minha postura de sair e orar* (P3). *Tenho que rezar em casa e não na mesquita como antes* (P5). Além do exposto, o acidente vascular cerebral afetou significativamente a vida familiar para nove dos participantes. Nas palavras dos participantes, eles contam que: *Eu costumava brincar com meus filhos, mas não posso mais. Eu comprava coisas para eles, mas agora não posso* (P4). *Minhas filhas não falam tanto comigo ...* (P5). *... Meus filhos não falam comigo como antes* (P7). *Tive que retirar meus filhos que iam do ensino médio privado para uma escola pública* (P10). *Essa condição interfere na minha família pelos problemas que passo por conta da doença* (P1). *...Eles ainda vêm me ver; não fugiram* (P3). *... Eles estão sempre preocupados com a minha saúde* (P2).

Pluralismo médico

Evidências empíricas e anedóticas indicam que os sobreviventes de acidente vascular cerebral estão envolvidos em múltiplas trajetórias complexas em busca de tratamento após a estabilização no hospital. As afirmações dos participantes mostram essas práticas: *Já usei tantas coisas que não devo mentir, quando me disseram que o hospital não estava ajudando novamente, parti para a medicina tradicional. Algumas pessoas ao meu redor disseram que precisava de tratamentos à base de ervas, então tive que continuar usando uma mistura de ervas e medicamentos* (P9). *Meu irmão em Lagos me levou a Ijebu-Ode para ver um médico indiano, na verdade o homem tentou, mas quando eu não consegui dinheiro para continuar o tratamento, desisti. Eles me deram ervas; funciona na Ijebu-Ode. Tem me ajudado*

(P6). Já tomei ervas [risos], sou africana. Sim, eu sempre vou na igreja e na casa de ervas (P11).

Alguns dos participantes tendem a minimizar algumas das práticas alternativas como se não houvesse nada nelas. Por exemplo, alguém disse: *Não procurei nenhum outro lugar, exceto o hospital aqui. Mas eu usei sabonete* [sabonete neste contexto refere-se a uma ampla gama de formulações de ervas ou misturas que se acredita ter valores medicinais], *mas não é nada* (P4). Além disso, os pacientes embarcaram no itinerário de cura espiritual: *Eu uso abacate, que vi no facebook e meu Imam vem orar por mim em casa* (P5). *...Meu pastor vem orar por mim em casa* (P7). *Foram feitas orações por mim na igreja e em minha casa* (P1). *...Água e óleo da igreja* (P8). *Orações da mesquita...* (P3). Apenas dois participantes afirmaram não recorrer às práticas alternativas: *Só o hospital, nenhum outro lugar* (P10, P12).

Uma investigação sobre as experiências com práticas alternativas após o acidente vascular cerebral revelou que um em cada dois acreditava que tais práticas são úteis. Os seguintes trechos capturaram os sentimentos dos participantes: *As ervas que me deram foram muito úteis* (P6). *Me fizeram me sentir melhor* (P1). *Houve melhora por causa das orações do meu pastor* (P7). *Foi bom e útil... o fitoterápico me ajudou a ficar em pé* (P9). *...Ir à igreja e isso (casa de ervas)... tem ajudado [risos]...* (P11). Mas alguns envolvidos nessas práticas negaram que elas trazem quaisquer benefícios. Especificamente, eles disseram: *Eu não vi nenhuma diferença* (P3). *Não percebi melhora com isso* (P4).

Discussão

Este estudo avaliou a jornada de sobreviventes de acidente vascular cerebral desde o ponto de ocorrência do acidente vascular cerebral até o período de reabilitação e abrangeu tendências específicas do contexto de seus comportamentos de busca de saúde e os caminhos trilhados para atendimento ou cura. A busca pela terapia começa com a constatação de que algo não está certo e, pela gravidade, os pacientes com acidente vascular cerebral estão mais propensos a considerar o contato urgente com serviços médicos de emergência⁽⁸⁾. As rotas foram influenciadas pelo tipo de aciden-

te vascular cerebral e pelo estado do paciente no início do acidente vascular cerebral. A falta de capacidade facilita a indecisão entre recorrer ao atendimento privado (que serviu como ponto inicial de entrada) ou ao hospital público. A entrada na fisioterapia dependeu de referências próprias (demanda espontânea) e de médicos que frequentemente atuam como guardiões dos pacientes. O acidente vascular cerebral afetou significativamente a vida social dos sobreviventes e a extensão do comprometimento do acidente vascular cerebral e expectativas não atendidas promoveram o pluralismo médico entre os sobreviventes. Essas descobertas são discutidas separadamente nesta seção.

Primeiramente, os achados deste estudo indicam que 75,0% dos sobreviventes tiveram acidente vascular cerebral de início súbito e acabaram recebendo serviços hospitalares, especialmente em ambientes privados. Por outro lado, o início insidioso do acidente vascular cerebral supostamente influenciou, em algum grau, a escolha de onde iniciar o atendimento. O nível de gravidade dos sintomas e a perda de consciência ditam as preferências de busca por atendimento de saúde no acidente vascular cerebral⁽⁹⁾. Neste estudo, aqueles que podiam tomar providências na fase inicial do acidente vascular cerebral em busca de atendimento frequentaram, geralmente, hospitais, especialmente privados. Razões para não buscar atendimento em hospital público foram previamente declaradas⁽¹⁰⁾ e aqueles procuraram atendimento em hospital público de ensino o fizeram, em grande parte, porque confiavam na reputação deste tipo de serviço quanto à assistência de alta complexidade.

Sobreviventes de acidente vascular cerebral que começaram seus cuidados no hospital têm experiências hospitalares variadas. Alguns pacientes expressaram atraso no tratamento médico, o que pode estar relacionado a ambientes de baixa renda. Em contraste, alguns dos sobreviventes do acidente vascular cerebral expressaram experiências hospitalares positivas, incluindo tratamento imediato. A experiência do paciente na prestação de cuidados de saúde, incluindo a satisfação do paciente, tornou-se uma medida de

resultado importante para as organizações de saúde e um mecanismo para monitorar o avanço da qualidade⁽¹¹⁾. Em última análise, muitos dos entrevistados relataram melhora da condição após a hospitalização. Deve-se notar que a experiência do paciente, boa ou má, é subjetiva, pois há uma série de tendências além do que pode ser obtido na superfície.

A fisioterapia tem um papel significativo na reabilitação do acidente vascular cerebral e muitas vezes começa nos primeiros dias e continua na fase crônica pós-acidente vascular cerebral⁽¹²⁾. A fisioterapia imediata é considerada um dos aspectos mais importantes do tratamento agudo em uma Unidade de acidente vascular cerebral⁽¹³⁾. A rota de entrada ou encaminhamento de sobreviventes de acidente vascular cerebral na fisioterapia, conforme explorado, mostrou que médicos, amigos e parentes estavam envolvidos nas referências. Autores postulou vários fatores para o baixo nível de utilização da fisioterapia entre os médicos⁽¹⁴⁾.

Este estudo também explorou a utilidade da fisioterapia para o resultado funcional entre os pacientes. Mais de 50,0% dos entrevistados relataram que a fisioterapia foi útil para recuperar a mobilidade, 25,0% relataram alívio da dor, enquanto menos de 20,0% deles relataram melhora funcional. No entanto, apenas alguns participantes relataram ter recuperado a função manual e isso é um incômodo para alguns, como uma aspiração que ainda não foi alcançada. A recuperação das funções dos membros superiores ao nível prático tem sido considerada difícil em muitos pacientes com acidente vascular cerebral⁽¹⁵⁾. Apesar da melhora apreciável no comprometimento após a fisioterapia, todos os entrevistados afirmaram que sua condição ainda interfere na participação social. Este fenômeno experimentado por sobreviventes de acidente vascular cerebral, embora não possa ser explicado apenas por limitação de atividades⁽¹⁶⁾ ou disfunção motora ou cognitiva, ainda dificulta a dinâmica da interação familiar⁽¹⁷⁾.

É digno de nota que os hospitais foram o primeiro ponto de entrada, mas após a estabilização,

os participantes embarcaram em várias práticas complexas que normalmente não são divulgadas aos prestadores de cuidados de saúde. A escolha pela medicina alternativa a partir da comunicação entre pacientes e cuidadores pode influenciar a cultura de decisão compartilhada⁽¹⁸⁾ sobre as opções terapêuticas para os pacientes, uma vez que promove a satisfação do paciente e o envolvimento ativo do paciente em seu cuidado. A medicina tradicional é amplamente utilizada, tem crescido rapidamente no sistema de saúde e apresenta relevância econômica. Na Nigéria, há escassez de informações sobre o uso da medicina tradicional, mas os dados disponíveis colocam o uso de suplementos nutricionais convencionais e medicina alternativa, principalmente na forma de produtos fitoterápicos, em uma estimativa de cerca de 31,9%⁽¹⁹⁾.

O uso concomitante de medicamentos fitoterápicos e alopatícos⁽²⁰⁾ causa interações que podem levar a efeitos farmacocinéticos e farmacodinâmicos indesejáveis. Até o momento, há uma aparente escassez de investigações sobre práticas alternativas entre pacientes que recebem reabilitação. Uma investigação longitudinal sobre experiências com práticas alternativas após acidente vascular cerebral revelou que um em cada dois participantes acreditava que esse tipo de tratamento era útil. Os defensores da medicina alternativa sustentam que os vários métodos alternativos de tratamento são eficazes no tratamento de uma ampla gama de condições médicas maiores e menores e afirmam que algumas pesquisas comprovam a eficiência de tratamentos alternativos específicos⁽¹⁹⁾.

Os participantes deste estudo eram voluntários e foram recrutados por conveniência. Esses entrevistados podem ter itinerários diferentes em comparação com aqueles que não estavam interessados em participar do estudo e isso pode limitar a permutabilidade de nossos achados. Além disso, não foi possível avaliar o itinerário terapêutico dos entrevistados em relação às suas variáveis sociodemográficas. É possível que o nível de renda, por exemplo, possa influenciar o itinerário terapêutico de sobreviventes de acidente vascular cerebral.

Conclusão

Verificou-se que os sobreviventes de acidente vascular cerebral passaram do setor privado para o setor público de saúde. O principal ponto de atendimento parecia não estar adequadamente equipado para cuidar do acidente vascular cerebral, necessitando, portanto, de encaminhamentos e suas consequências. A fisioterapia não foi um tratamento obrigatório para os sobreviventes de acidente vascular cerebral na fase aguda, possivelmente devido ao encaminhamento tardio dos médicos no primeiro contato. Os itinerários terapêuticos dos sobreviventes de acidente vascular cerebral incluíram práticas de medicina alternativa combinadas com a medicina convencional. Concluiu-se, ainda, que os sobreviventes de acidente vascular cerebral estiveram envolvidos em itinerários terapêuticos extensos, complexos e caracterizados pela prática de busca de múltiplos cuidados.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a todos os participantes deste estudo.

Colaborações

Mbada CE contribuiu com a concepção e desenho do estudo. Mbada CE, Ogunleye OM, Ogundele AO, Oyewole OO, Ademoyegun AB, Obembe AO e Fatoye F contribuíram com a análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. *Circ Res*. 2017; 120(3):439-48. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116308413>
2. Donkor ES. Stroke in the 21st century: a snapshot of the burden, epidemiology, and quality of life. *Stroke Res Treat*. 2018; 2018:3238165. doi: <https://dx.doi.org/10.1155/2018/3238165>
3. Hartford W, Lear S, Nimmon L. Stroke survivors' experiences of team support along their recovery continuum. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19:723. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913019-4533-z>
4. Mellor RM, Bailey S, Sheppard J, Carr P, Quinn T, BoyalA, et al. Decisions and delays within stroke patients' route to the hospital: a qualitative study. *Ann Emerg Med*. 2015; 65(3):279-87. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.018>
5. Nogueira LMV, Teixeira E, Basta PC, Motta MCS. Therapeutic itineraries and explanations for tuberculosis: an indigenous perspective. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49:96. doi: <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005904>
6. Have PT. Understanding qualitative research and ethnology. London (UK): Sage; 2004.
7. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*. 2004; 24(2):105-12. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
8. Søvst MB, Christensen MB, Bech BH, Christensen HC, Christensen EF, Huibers L. Contacting out-of-hours primary care or emergency medical services for time-critical conditions – impact on patient outcomes. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19:813. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12019-4674-0>
9. Seremwe F, Kaseke F, Chikwanha TM, Chikwasha V. Factors associated with hospital arrival time after the onset of stroke symptoms: a cross-sectional study at two teaching hospitals in Harare, Zimbabwe. *Malawi Med J*. 2017; 29(2):171-6. doi: <https://dx.doi.org/10.4314/mmj.v29i2.18>
10. Al-Balushi SMA, Khan MFR. Factors influencing the preference of private hospitals to public hospitals in Oman. *Int J ManagInnov Entrepreneur Res*. 2017; 3(2):67-78. doi: <https://doi.org/10.18510/ijmier.2017.323>
11. Gleeson H, Calderon A, Swami V, Deighton J, Wolpert M, Edbrooke-Childs J. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open*. 2016; 6(8):e011907. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011907>

12. Mweshi MM, Shula HK, Nkhata LA, Chiluba B. The best time to start stroke rehabilitation: a review of the evidence in resource-adequate and resource constrained settings. *J Prev Rehabil Med.* 2016; 1(1):7-15. doi: 10.21617/jprm.2016.0101.2
13. Olaleye OA, Lawal ZI. Utilization of physiotherapy in the continuum of stroke care at a tertiary hospital in Ibadan, Nigeria. *Afr Health Sci.* 2017; 17(1):79-87. doi: <https://dx.doi.org/10.4314/ahs.v17i1.11>
14. Odunaiya NA, Ilesanmi T, Fawole AO, Oguntibeju OO. Attitude and practices of obstetricians and gynecologists towards involvement of physiotherapists in management of obstetric and gynecologic conditions. *Int J Women's Health.* 2013; 5:109-14. doi: <https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S34350>
15. Hatem SM, Saussez G, Faille M, Prist V, Zhang X, Dispa D, et al. Rehabilitation of motor function after stroke: a multiple systematic review focused on techniques to stimulate upper extremity recovery. *Front Hum Neurosci.* 2016; 10:442. doi: <https://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2016.00442>
16. Arowoia AI, Elloker T, Karachi F, Mlenzana N, Khuabi LAJN, Rhoda A. Using the World Health Organization's Disability Assessment Schedule (2) to assess disability in community-dwelling stroke patients. *S Afr J Physiother.* 2017; 73(1):343. doi: <https://dx.doi.org/10.4102/sajp.v73i1.343>
17. Haley WE, Roth DL, Hovaster M, Clay OJ. Long-term impact of stroke on family caregiver well-being. *Neurology.* 2015; 84(13):1323-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000001418>
18. Stub T, Quandt SA, Arcury TA, Sandberg JC, Kristoffersen AE. Complementary and conventional providers in cancer care: experience of communication with patients and steps to improve communication with other providers. *BMC Complement Altern Med* 2017; 17(1):301. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12906-017-1814-0>
19. Amira OC, Okubadejo NU. Frequency of complementary and alternative medicine utilization in hypertensive patients attending an urban tertiary care Centre in Nigeria. *BMC Complement Altern Med.* 2007; 7(1):30. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6882-7-30>
20. Borse SP, Singh DP, Nivsarkar M. Understanding the relevance of herb-drug interaction studies with special focus on interplays: a prerequisite for integrative medicine. *Porto Biomed J.* 2019; 4(2):e15. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.0000000000000015>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons