



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O
DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE FISIOTERAPIA



**INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
ASSISTIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO DE
NATAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FUNCIONAL**

Érika Azevedo Chaves da Costa

NATAL

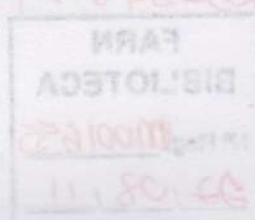
NATAL

2011

Érika Azevedo Chaves da Costa

INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
ASSISTIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO DE
NATAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FUNCIONAL

INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
ASSISTIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO DE
NATAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FUNCIONAL



Data de aprovação:

Trabalho de conclusão de curso como
requisito para obtenção do título de bacharel
em fisioterapia.

Orientadoras: Francisca Rêgo Oliveira de
Araújo

Adriana Jussara de O. Brandão

Prof. Msc. Francisco Rêgo Oliveira de Araújo

(Orientadora - FARN)

Prof. Msc. Adriana Jussara de O. Brandão

(Co-Orientadora - FARN)

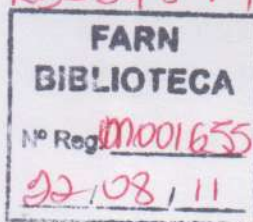
Prof. Msc. Patrícia Cavalcante da Rocha

(Docente - FARN)

NATAL

2011

RB-34899



M
615.8
C871i
2011
ex-01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Costa, Érika Azevedo Chaves da

Indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico assistidos em uma clínica escola de fisioterapia no município de Natal: perfil epidemiológico e funcional / Érika Azevedo Chaves da Costa. – Natal: FARN, 2011. 45f.

Orientadora: Francisca Rêgo Oliveira de Araújo (Msc.)

Coorientadora: Adriana Jussara de O. Brandão (Msc.)

Monografia (Bacharelado em Fisioterapia) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Fisioterapia – Monografia. 2. AVE – Monografia. 3. Perfil Epidemiológico – Monografia. 4. Perfil Funcional - Monografia I.Título.

RN/FARN/BC

CDU 615.8

Érika Azevedo Chaves da Costa

**INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
ASSISTIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO DE
NATAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FUNCIONAL**

Área de Concentração: Neurologia.

Data de aprovação: _____

Banca Examinadora:

Prof. Msc. Francisca Rêgo Oliveira de Araújo _____
(Orientadora - FARN)

Profª Msc. Adriana Jussara de O. Brandão _____
(Co-orientadora – FARN)

Profª Msc. Patrícia Cavalcante da Rocha _____
(Docente – FARN)

*participaram de forma direta ou
indireta da realização deste trabalho.*

DEDICATÓRIA

Agradeço primeiramente a Deus, por ter permitido a finalização desta etapa da minha vida, estando sempre presente em minha caminhada. Aos meus familiares, que apoiaram e incentivaram em mim, mesmo aqueles que não acompanharam todo o percurso. Aos amigos, que viram todas as minhas dificuldades e me deram força para que eu pudesse vencer os obstáculos, e em especial a Fabiana, por ter idealizado este trabalho juntamente comigo, por sua amizade, confiança e apoio. A professora Ana Maria, por toda a sua ajuda e paciência com a parte da estatística. E finalmente a minha orientadora Francisca Rego por toda ajuda e dedicação prestada, e a minha co-orientadora Adriana Brandão por sua ajuda indispensável.

*Dedico a todos aqueles que
participaram de forma direta ou
indireta da realização deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter permitido a finalização desta etapa da minha vida, estando sempre presente em minha caminhada. Aos meus familiares, que torceram e acreditaram em mim, mesmo aqueles que não acompanharam tão de perto. Aos amigos, que viram todas as minhas dificuldades e me deram força para que eu pudesse vencer os obstáculos, e em especial a Fabiana, por ter idealizado este trabalho juntamente comigo, por sua amizade, confiança e companheirismo que sempre me dedicou. À professora Ana Maria, por toda a sua ajuda e paciência com a parte da estatística. E finalmente à minha orientadora Francisca Rego por todo cuidado e dedicação prestados, e à minha co-orientadora Adriana Brandão por sua ajuda indispensável.

3.3 – AVF e a Fisioterapia	14
IV. METODOLOGIA	17
4.1 – Tipo de pesquisa	17
4.2 – Amostra e população	17
4.3 – Critérios de inclusão	17
4.4 – Critérios de exclusão	17
4.5 – Coleta dos dados	17
4.6 – Análise dos dados	17
4.7 – Procedimentos	18
V. RESULTADOS E DISCUSSÕES	19
VI. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	34
VII. BIBLIOGRAFIA	38
APÊNDICE 1	43
APÊNDICE 2	45

SUMÁRIO

RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VII
I. INTRODUÇÃO.....	8
II. OBJETIVOS.....	10
2.1 – Objetivo Geral.....	10
2.2 – Objetivos Específicos.....	10
III. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 – Acidente Vascular Encefálico.....	11
3.2 – AVE e a Saúde Pública.....	13
3.3 – AVE e a Fisioterapia.....	14
IV. METODOLOGIA.....	17
4.1 – Tipo de pesquisa.....	17
4.2 – Amostra e população	17
4.3 – Critérios de inclusão.....	17
4.4 – Critérios de exclusão	17
4.5 – Coleta dos dados.....	17
4.6 – Análise dos dados.....	17
4.7 – Procedimentos.....	18
V. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	19
VI. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	34
VII. BIBLIOGRAFIA.....	36
APÊNDICE 1.....	43
APÊNDICE 2.....	45

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico é uma doença crônica severa, de surgimento agudo das disfunções neurológicas, revelando grandes complicações, em termos de desabilidades físico-funcionais para os indivíduos, por problemas cerebrovasculares que acompanham as lesões hemorrágicas ou isquêmicas. É caracterizada como uma questão de saúde pública que necessita de um levantamento epidemiológico, capaz de definir a situação da saúde das populações e assim, analisar qual a melhor forma de intervenção e contribuir para a definição das políticas públicas e avaliação do impacto das intervenções. Esse estudo teve como objetivo a definição de um perfil epidemiológico dos indivíduos acometidos por AVE assistidos na clínica escola integrada da FARN. A pesquisa se caracterizou por ser do tipo descritiva transversal, na modalidade de levantamento de dados. Foram analisados 50 prontuários de pacientes, e observados dados referentes ao aspecto sociodemográfico e funcional. Como resultado, observou-se que a população estudada apresenta um perfil idoso, masculino, de baixa renda familiar e baixa escolaridade, hipertenso, AVE do tipo isquêmico na fase subaguda não recorrente, hemiparéticos e com característica de dependência modificada. Dessa forma, pôde-se concluir que o delineamento de um perfil epidemiológico, bem como o devido preenchimento de prontuários é de suma importância para o conhecimento do fisioterapeuta sobre quem e sobre o quê se está tratando.

Palavras-chave: Fisioterapia. AVE. Perfil epidemiológico. Perfil funcional. Saúde Pública.

1. INTRODUÇÃO

ABSTRACT

Stroke is a severe chronic disease which results in acute appearance of neurological dysfunctions, revealing large complications in terms of physical and functional disabilities for individuals, caused by cerebrovascular problems that accompany hemorrhagic or ischemic injuries. Characterized as a public health issue that requires an epidemiological survey, it's capable of determining the population's health situation, and then analyze which is the best form of intervention and contribute to public politics definition and evaluation of the intervention impact. The objective of this study is defining an epidemiological profile of Stroke in affected individuals who were attended at FARN's integrated school clinic. The research is featured as transversal descriptive type, in data collection mode. There have been analyzed 50 records of patients likewise have made data observation referring to sociodemographic and functional aspects. As a result, the studied population's average presents an elder, male, low family income and low education and hypertensive profile. These people also present ischemic type of Stroke in the subacute phase non recurring, hemiparesis and modified dependence characteristic. Thus, the lineation of an epidemiological profile concluded, as well as the proper filling of records, has a great importance on the physiotherapist knowlegde about whom and what it's been treating.

Key words: Physiotherapy. Stroke. Epidemiological profile. Functional profile. Public Health.

I. INTRODUÇÃO

Acidente vascular encefálico (ou ainda AVC, de acidente vascular cerebral) é o equivalente do termo genérico inglês stroke, que descreve apenas o comprometimento funcional neurológico. É considerada como sendo uma doença crônica severa que causa grandes complicações em termos de desabilidades físicas para os indivíduos. (PIMENTEL; RIBEIRO, 2009; NEVES *et al*, 2004).

Cancela (2008) afirma que para a ocorrência do AVE existem fatores de risco associados, dentre os quais pode-se destacar a aterosclerose, a hipertensão arterial, o tabagismo, o colesterol elevado, o Diabetes Mellitus, a obesidade, o sedentarismo e a idade, causando nesses pacientes déficits neurológicos.

Os déficits neurológicos focais que resulta de um AVE é um reflexo do tamanho da localização da lesão e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral. Portanto em sua fase aguda, há a presença de déficits neurológicos como hemiparesia, ataxia, deficiências visuoperceptivas, afasia, disartria, deficiências sensoriais e amnésicas e problemas com controle vesical. (CESÁRIO; PENASSO; OLIVEIRA, 2006).

Atualmente, o AVE é considerado a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, depois das doenças cardiovasculares e do câncer, além de ser uma das maiores causas de seqüelas permanentes que geram incapacidade e afastamento do trabalho. A incidência do AVE aumenta drasticamente com a idade, atingindo importantes proporções após os 55 anos e em cada 100 pessoas que sobrevivem a um AVE, 10 retornaram ao trabalho sem comprometimentos, 40 ficam incapacitadas e requerem serviços especiais e 10 precisam de assistência institucional. (CESÁRIO; PENASSO; OLIVEIRA, 2006).

Assim observa-se uma atual preocupação do mundo em desenvolvimento de se estabelecer a prevalência do AVE, em razão da sua magnitude, como questão de saúde pública. Dessa forma o AVE é uma doença de saúde pública que necessita de um levantamento epidemiológico para que se possa ver a situação da saúde das populações e assim analisar qual a melhor forma de intervenção nessas sociedades e contribuindo para a definição das políticas públicas e avaliação do impacto das intervenções. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Sendo assim, a atuação de diversos profissionais da área da saúde é imprescindível para assistência adequada e integral nestes casos. Deste modo a

fisioterapia previne e tem papel importante na recuperação funcional desse paciente, onde ele vai reaprender a utilizar o segmento corporal acometido pelo acidente vascular cerebral, voltando a realizar suas atividades de vida diária. (MENEGETTI *et al*, 2009).

Para quantificar a evolução da recuperação do paciente existe a Medida de Independência Funcional (MIF), que além de quantificar a funcionalidade é capaz de subsidiar alta e prognóstico terapêutico, à medida que detecta mudanças no nível de função de um paciente. (GUCCIONE, 2006). Da mesma forma serve como um instrumento indicador de ajustes de planejamento e intervenção de serviços, atendendo às peculiaridades e especificidades de cada indivíduo, bem como intervenção multidisciplinar. (CRUZ; DIOGO, 2009).

O interesse em desenvolver o presente estudo, sustenta-se na importância de conhecer melhor os principais aspectos que envolvem os pacientes acometidos pelo AVE, contribuindo de forma acadêmica, enfatizando a atualidade do assunto, demonstrando assim, as principais características presentes nos pacientes acometidos por essa patologia, podendo direcionar quais estratégias de tratamento poderão ser mais enfatizadas. Contribuindo também no aspecto social, onde, um estudo epidemiológico é importante, pois direciona a sociedade a atuar de forma mais efetiva, promovendo políticas públicas que atuem da melhor forma na prevenção e orientação da população quanto ao AVE. Além de ofertar a comunidade científica e a fisioterapia em geral, parâmetros e indicativos quantificados de funcionalidade pós intervenção fisioterapêutica, e ainda disponibilizar conhecimentos científicos aos interessados e despertar interesse em estudos dessa natureza.

Diante dessas exposições, questiona-se a respeito do perfil epidemiológico dos pacientes acometidos de AVE no tocante a identificação dos déficits neurológicos, os fatores de risco, a MIF, o número de atendimentos de fisioterapia e as políticas de saúde que são submetidos.

II. OBJETIVOS AL TEÓRICO

2.1 Objetivo Geral

Definir o perfil epidemiológico e funcional dos indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) assistidos na clínica escola integrada da FARN.

2.2 Objetivos específicos

- a) Quantificar a predominância de AVE por idade, sexo, escolaridade, profissão, ocupação;
- b) Classificar o AVE quanto a sua tipologia;
- c) Levantar os fatores de risco e os déficits neurológicos presentes nos indivíduos acometidos por AVE;
- d) Levantar o número de atendimentos, o tempo e o número de acometimentos, e o tratamento realizado pelos indivíduos;
- e) Identificar a MIF dos indivíduos acometidos por AVE.

III. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Acidente Vascular Encefálico

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um sinal clínico de rápido desenvolvimento de perturbação focal da função cerebral, de suposta origem vascular e com mais de 24 horas de duração” podendo levar ao óbito. (CESÁRIO; PENASSO; OLIVEIRA, 2006; PIMENTEL; RIBEIRO, 2009).

Existem dois tipos principais de AVE, o isquêmico, que se caracteriza como qualquer processo durante o qual um tecido não recebe os nutrientes, em particular o oxigênio, indispensáveis ao metabolismo da célula. E o hemorrágico, que se caracteriza pelo extravasamento de sangue para fora dos vasos, e está mais relacionada à hipertensão arterial. (CANCELA, 2008).

Pode ser definido ainda como o surgimento agudo de uma disfunção neurológica devido a uma anormalidade na circulação cerebral, tendo como resultados sinais e sintomas que correspondem ao comprometimento de áreas focais do cérebro, designando os problemas cerebrovasculares que acompanham as lesões hemorrágicas ou isquêmicas. (O'SULLIVAN, 2006).

Dessa forma o tecido nervoso é desprovido de reservas sendo totalmente dependente da circulação sanguínea, pois graças a este que as células nervosas se mantêm ativas, sendo seu metabolismo dependente de glicose. A interrupção deste fluxo numa determinada área do cérebro tem por consequência uma diminuição ou ausência da atividade funcional desta área. Se a interrupção do fluxo sanguíneo foi inferior a 3 minutos, a alteração é reversível; se esse prazo ultrapassar os 3 minutos, a alteração funcional poderá ser irreversível, originando necrose do tecido nervoso. Esse mecanismo pode ser por oclusão de um vaso provocando isquemia e enfarte do território dependendo desse vaso ou ruptura vascular, formando o AVE isquêmico, que diz respeito a qualquer processo durante o qual um tecido não recebe os nutrientes, provocando a oclusão de um vaso ou redução da perfusão cerebral e o hemorrágico, que é o extravasamento de sangue para fora dos vasos. (CANCELA, 2008; O'SULLIVAN, 2006).

O risco de uma pessoa adquirir a patologia aumenta à medida que alguns fatores de risco estejam presentes, podendo ser eles modificáveis, não modificais e

riscos potenciais. Hipertensão, diabetes, fumo, álcool, fibrilação atrial, outras doenças cardíacas, hiperlipidemias, sedentarismo, estenose carotídea assintomática, e ataques isquêmicos transitórios são fatores que aumentam o risco de sofrer um AVE, mas podem ser tratados e controlados. Já a idade, raça, sexo, etnia e hereditariedade são fatores não modificáveis que indicam a preferência da patologia por um determinado grupo; e atividade física vigorosa, alterações emocionais, anticoncepcionais hormonais, dependência à drogas, enxaquecas, anticorpo antifosfolípideo, homocisteína elevada, processo inflamatório e infecção são riscos potenciais que o indivíduo pode se submeter e acabar favorecendo o acidente vascular. (O'SULLIVAN, 2006; CHAVES, 2000).

O AVE causa déficits neurológicos focais que são um reflexo do tamanho da localização da lesão e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral. As deficiências motoras se caracterizam por paralisia (hemiplegia), ou fraqueza (hemiparesia) no lado do corpo oposto ao local da lesão. Os AVEs oscilam desde leves até graves, e as seqüelas podem ser temporárias ou permanentes. (O'SULLIVAN, 2006).

A hemiplegia ou paralisia de um lado do corpo é o sinal mais clássico do acidente vascular encefálico e se traduz na paralisia completa dos membros superiores e inferiores do mesmo hemicorpo. (NONINO; KREULICH; BENEDETI, 2008).

A hemiparesia é um dos sinais clínicos mais óbvios. É a tendência em manter-se em uma posição de assimetria postural interferem na capacidade de manter o controle postural, impedindo a orientação e estabilidade para realizar movimentos com o tronco e membros, caracterizando-se perda parcial de força no hemicorpo contralateral ao da lesão cerebral. (RIBEIRO, 2004).

O AVE também provoca alterações funcionais que interferem nas atividades de vida diária (AVD), em alguns casos ficando dependentes, causando isolamento social e depressão. As sequelas que ele deixa são muitas vezes incapacitantes em relação à marcha, aos movimentos dos membros, a espasticidade, ao controle esfinteriano, à realização das atividades da vida diária, aos cuidados pessoais, à linguagem, à alimentação, à função cognitiva, à atividade sexual, à depressão, à atividade profissional, à condução de veículos e às atividades de lazer. (CRUZ; DIOGO, 2009).

Diante desse contexto o Acidente Vascular Encefálico (AVE) - isquêmico ou hemorrágico, transitório ou definitivo – é a doença cerebrovascular que apresenta

maior incidência, tem maior morbidade e resulta em incapacidades. Na Europa cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem AVE morrem após seis meses e nos Estados Unidos cerca de 31% das pessoas que sofrem um AVE inicial morrem dentro de um ano. A maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz desta patologia a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental, sendo considerada como uma doença de saúde pública, devido o contexto em que se apresenta.(PERLINI; FARO, 2004; O'SULLIVAN, 2006).

3.2 AVE e a Saúde Pública

A partir das últimas décadas do século passado, seguindo tendência mundial, observa-se no Brasil dois processos que tem produzido importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes em sua população. O primeiro, denominado "Transição Demográfica", com significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida. O segundo, caracterizado por importante mudança no perfil de morbimortalidade, denominado de "transição epidemiológica" que, no Brasil, se apresenta ainda com importantes diversidades regionais decorrentes das diferenças sócio econômicas e de acesso aos serviços de saúde, em distintas regiões, a ocorrência ainda alta de doenças infecciosas e o crescimento da morbidade de mortalidade por Doenças crônicas não transmissíveis - DCNT. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Dentre as inúmeras doenças crônicas existentes, destaca-se o acidente vascular encefálico (AVE) que se constitui uma patologia de grande incidência e com elevada taxa de mortalidade e estabelecendo-se como um importante problema de saúde pública, sendo responsável por uma grande proporção da carga de doenças neurológicas. (SOUZA *et al*, 2006).

A incidência do AVE é maior após os 65 anos, havendo um aumento do risco com a idade, dobrando a cada década após os 55 anos. Tendo em vista o rápido e intenso envelhecimento populacional brasileiro, estima-se que o AVE tenha cada vez mais relevância como um problema de saúde pública, até que os investimentos na prevenção desta doença passem a ser prioridade do sistema de saúde brasileiro. (FONSECA; PENNA, 2008).

3.3 AVE e a Fisioterapia

Assim observa-se uma atual preocupação do mundo em desenvolvimento de se estabelecer a prevalência do AVE, em razão da sua magnitude, como questão de saúde pública. Isso porque se considera que tais informações são extremamente importantes para o estabelecimento das prioridades de estratégias de intervenção, no reconhecimento usual de padrões da doença, nos vestígios da causa da doença e no início de programas de prevenção e controle. O Brasil é um país que está envelhecendo em considerável progressão, fato que se deve, fundamentalmente, ao aumento da expectativa de vida que abrange desde investimentos nos serviços de saúde de alta complexidade até as ações primárias de saúde. (PEREIRA *et al*, 2009).

Essas mudanças observadas nos padrões de ocorrência das doenças têm colocado constantemente novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor de saúde, como também por outros setores governamentais. Neste contexto coloca-se o desafio do financiamento das ações. Doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde, se não adequadamente prevenidas e gerenciadas. O enfretamento dessas “novas epidemias” de doenças crônicas não transmissíveis necessita muito investimento em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Atualmente, o AVE é considerado como a terceira causa mais comum de óbito nos países ocidentais, vindo depois das doenças cardiovasculares e do câncer, e sendo a maior causa de incapacidades neurológicas em adultos. Em nosso país, é considerado a principal causa de morte, excetuando-se o Estado de São Paulo e outras três capitais. (MAZZOLA *et al*, 2007).

Assim a epidemiologia é o eixo da saúde pública, pois proporciona as bases para a avaliação das medidas profiláticas, fornecendo pistas para diagnose de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Além de estudar a distribuição da morbidade e da mortalidade a fim de traçar o perfil de saúde doença nas coletividades humanas. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Define-se ainda a epidemiologia como o estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas, e faz um estudo sobre os problemas de saúde em grupos de pessoas.

3.3 AVE e a Fisioterapia

dependência completa - assistência total, 10-80 pontos/ dependência modificada -

A saúde pública atende em três níveis de saúde, dentro desse cenário o fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de atenção primária à saúde. A fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. (COFFITO, 2007). Sabe-se que as práticas Fisioterapêuticas podem ser desenvolvidas em todos os níveis de atenção à saúde. Porém, devido a aspectos de ordem político-econômicos e organizacionais, sua função é pouco divulgada e subutilizada, uma vez que sua forma mais tradicional de atuação é centralizada nas áreas curativas e reabilitadoras, voltadas para a prevenção, o tratamento e a reabilitação de distúrbios cinéticos funcionais. (MARÃES *et al*, 2010).

Após o AVE o fisioterapeuta dará início a fase de reabilitação do paciente, para obter uma melhor qualidade de vida. Algumas medidas são usadas, como estimular os movimentos antes de realizá-los, tentar melhorar o equilíbrio do paciente, fazê-lo posicionar-se corretamente no leito e na cama, retomar as atividades de vida diária e normalizar o controle de tronco. Também são importantes as orientações passadas a ele principalmente a família. A motivação do indivíduo e o apoio da família e amigos vão determinar o grau de recuperação. Há também um instrumento que é utilizado na fase de recuperação, que é a Medida de Independência Funcional – MIF, que quantifica a funcionalidade, e é capaz de subsidiar alta e prognóstico terapêutico, a medida detecta mudanças no nível de função de um paciente. Da mesma forma serve como um instrumento indicador de ajustes de planejamento e intervenção de serviços, atendendo às peculiaridades e especificidades de cada indivíduo, bem como intervenção multidisciplinar. (CRUZ; DIOGO, 2009).

A Medida de Independência Funcional (MIF) foi desenvolvida na década de 1980 e seu objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Entre as atividades avaliadas estão os autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), assim a pontuação total varia de 18 a 126 (18 pontos:

dependência completa - assistência total; 19-60 pontos: dependência modificada - assistência de até 50% da tarefa; 61-103 pontos: dependência modificada - assistência de até 25% da tarefa; 104-126 pontos: independência completa/modificada). Estão descritos dois domínios na MIF, o motor e o cognitivo. (RIBERTO, 2001).

Ela mostra-se como um instrumento sensível aos ganhos funcionais desenvolvidos durante um programa de reabilitação ambulatorial. Podemos dizer, então, que o uso da MIF por meio de entrevistas e observação em consultório, em pacientes sob reabilitação ambulatorial é válido e útil para seu seguimento clínico. (RIBERTO, 2004).

Cada vez mais existem evidências da importância da fisioterapia para maximizar a recuperação física e diminuir a morbidade. O processo de conduta fisioterapêutica objetiva maximizar a capacidade funcional e evitar complicações secundárias como da função respiratória, problemas circulatórios, de rigidez articular e de encurtamento muscular, possibilitando ao paciente reassumir suas atividades da vida diária. (RIBEIRO, 2004). A fisioterapia tem papel importante no processo de reabilitação, pois o paciente apresentará alterações neuromusculares que, se não tratadas podem evoluir e piorar o quadro, prejudicando a sua melhora, sendo capaz de identificar e medir os distúrbios do movimento, e elaborar, implementar e avaliar as estratégias fisioterapêuticas apropriadas.

IV. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa caracterizou-se como do tipo descritiva transversal na modalidade levantamento de dados.

4.2 População e Amostra

A população foi composta pelos prontuários dos pacientes que foram assistidos no setor de fisioterapia da clínica escola da FARN no período de outubro de 2008 a janeiro de 2011. A amostra foi composta por 50 prontuários dos pacientes portadores de Acidente Vascular Encefálico.

4.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os pacientes de ambos os sexos e de qualquer idade que tinham sido acometidos por AVE, tanto isquêmicos quanto hemorrágicos, e que tivessem sido atendidos no setor de Fisioterapia da clínica escola e possuam prontuários devidamente preenchidos.

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos os prontuários que estivessem com, no máximo, três dados incompletos.

4.5 Coleta dos dados

Para o levantamento das informações foi utilizado um instrumento de medida elaborado pela pesquisadora contendo dados sobre: a idade, o sexo, a escolaridade, profissão, ocupação, o tipo de AVE, os fatores de risco, os déficit neurológicos, número de atendimentos, tempo e número de acometimentos e o acompanhamento multiprofissional dos pacientes de AVE (APÊNDICE 1).

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados de forma quantitativa, e foram feitos cruzamentos de variáveis através da análise descritiva e da utilização do programa estatístico Excel 2007, em forma de gráficos e tabelas.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.7 Procedimentos

Inicialmente foi feito um levantamento bibliográfico para a construção do projeto, sendo obtida a autorização pela direção do curso para utilizar os dados dos prontuários (APÊNDICE 2). O projeto foi submetido ao comitê de Ética, e após o deferimento do CEP, conforme parecer N° 305/2010, foi dado início à pesquisa propriamente dita. Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2011 após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Aos prontuários foi aplicado um questionário, elaborado pela pesquisadora, com abordagem para aspectos sociodemográficos e funcionais dos pacientes. Na sequência os dados foram submetidos a análise, discutidos com a literatura e finalizado, com a produção de um artigo que será submetido à revista indexada.

Tabela 1 - Características mínimas (Tabela 1).

Tabela 1 - Características mínimas quanto ao perfil sociodemográfico.

	Frequência	%
Idade (anos)		
Menos de 15 anos	5	10%
15 a 35 anos	1	2%
35 a 60 anos	8	16%
61 a 75 anos	8	16%
76 a 90 anos	12	24%
71 anos ou mais	18	36%
Sexo		
Feminino	24	48%
Masculino	26	52%
Profissão		
Aposentado	31	62%
Do lar	11	22%
Trabalhador	1	2%
Outro	7	14%
Renda		
Menos de 1 salário mínimo	7	14%
De 1 a 3 salários mínimos	20	40%
De 4 a 7 salários mínimos	3	6%
Sem resposta	20	40%

V. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo foi desenvolvido por meio do levantamento de 50 prontuários de pacientes sequelados de AVE, que foram atendidos no setor de Fisioterapia da Clínica Integrada da FARN, perfazendo o período de outubro de 2008, início do funcionamento da Clínica de Fisioterapia, a janeiro de 2011, finalização de um ciclo de atendimento.

Visando uma melhor exposição, leitura e compreensão dos resultados, os dados coletados foram organizados de forma descritiva e apresentados em tabelas e gráficos.

Foi identificada uma população idosa, masculina, aposentada e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. (Tabela 1).

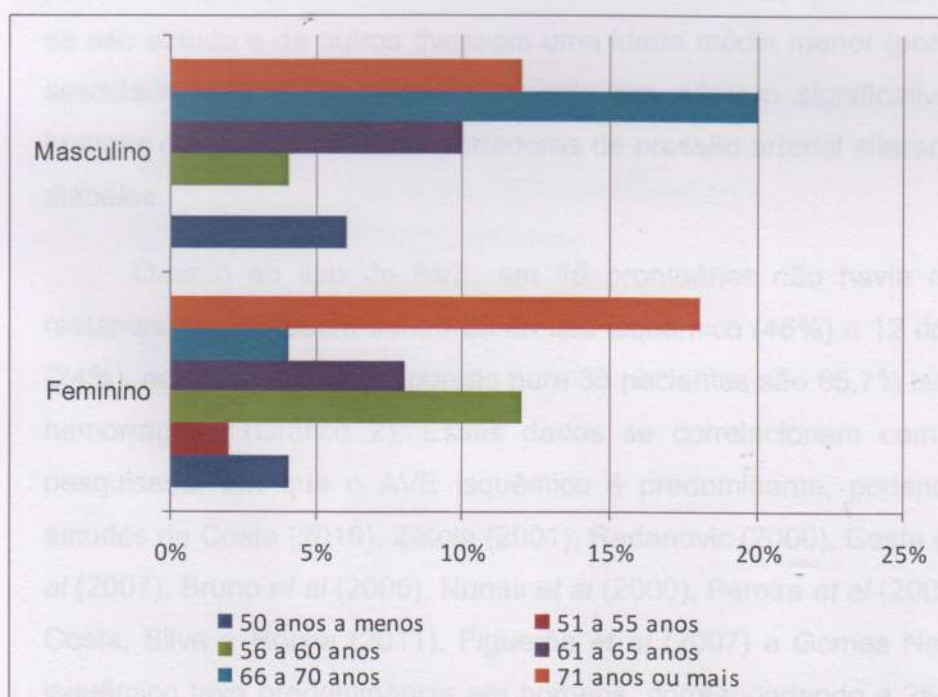
Tabela 1: classificação da amostra quanto ao perfil Sociodemográfico.

	Frequência	%
Faixa Etária		
50 anos a menos	5	10%
51 a 55 anos	1	2%
56 a 60 anos	8	16%
61 a 65 anos	9	18%
66 a 70 anos	12	24%
71 anos ou mais	15	30%
Sexo		
Feminino	24	48%
Masculino	26	52%
Profissão		
Aposentado	31	62%
Do lar	11	22%
Não consta	1	2%
Outros	7	14%
Renda		
Menos de 1 salário mínimo	7	14%
De 1 a 3 salário mínimos	20	40%
De 4 a 7 salários mínimos	3	6%
Sem resposta	20	40%

Verificou-se que a faixa etária predominante nos pacientes da pesquisa foi de 71 anos ou mais, representando 30% dos pacientes, e havendo um decrescimento proporcional de acordo com a idade, exceto na faixa etária de 50 anos a menos (10%), que possui mais pacientes do que na faixa de 51 a 55 anos (2%), apresentado-se consonante com a literatura pesquisada que revela uma predominância para a faixa etária idosa, ou seja, acima de 65 anos, como foi encontrado nos estudos de Kolominsky-rabas *et al* (2011), Costa (2009), Esteves (2009) e Ribeiro (2004), que apresentaram média de idade dos pacientes superior a 71 anos. Outros estudos apresentaram uma média um pouco mais baixa, como no estudo de Cruz e Diogo (2009), que apresentou média de 66 anos. Já em Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) a média de idade ficou na faixa de 60-70 anos. Em Costa, Silva e Rocha (2011) a média foi de 65,9 anos. Em Pereira *et al* (2009) predominou as faixas etárias abaixo de 70 anos e acima de 80 anos.

A faixa etária predominante nas mulheres foi de 71 anos acima (18%), e nos homens 66 a 70 anos (20%), ficando as mulheres em acordo com os valores encontrados para ambos os sexos. Este dado corrobora com o estudo de Jakaitis *et al* (2008), que relatou que as mulheres apresentam AVE mais tarde que os homens (Gráfico 1).

Gráfico 1: Correlação do sexo com a faixa etária em percentual.



O aumento da longevidade favorece alterações funcionais nos indivíduos que resultam, muitas vezes, em predisposição para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e suas seqüelas, quase sempre incapacitantes, destacando-se entre elas o AVE. A frequência das doenças encefalovasculares aumentam exponencialmente com a idade, esses relatos foram confirmados em um trabalho de Cruz e Diogo (2009), realizado para verificar a reincidência dessas doenças entre grupos etários extremos, e pôde mostrar que a doença encefalovascular é 340 vezes mais incidente em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, quando comparada ao grupo etário de 15 a 24 anos. Estudos ainda relatam que a prevalência do AVE aumenta com a idade, dobrando em cada década sucessiva. Em diferentes países mostraram-se taxas de incidência ajustadas para a idade, que se encontrou maior em indivíduos com 85 anos ou mais, do que numa faixa etária de 55 a 64 anos (JAKAITIS *et al*, 2008).

No que se refere ao gênero a predominância foi para o masculino, com 54% em relação ao feminino com 46%. Esse importante indicador sofre variações que vai da equivalência entre os gêneros a inversão de acometimentos entre eles. No entanto, dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Xerez, Carvalho e Costa (2004), Barros, Fábio e Furkim (2006), Mazzola *et al* (2007), Cruz e Diogo (2009), Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), e Caneda *et al* (2006). Esses dados podem ser confirmados ao Maineri *et al* (2007) afirmar que mesmo que os homens de seu estudo e de outros tivessem uma idade média menor (portanto, menor risco associado com o fator idade), haveria um número significativamente maior de homens do que de mulheres portadores de pressão arterial alterada e portadores de diabetes.

Quanto ao tipo de AVE, em 15 prontuários não havia resposta, e os 35 restantes se distribuem sendo 23 do tipo isquêmico (46%) e 12 do tipo hemorrágico (24%), no qual vista na proporção para 35 pacientes são 65,7% isquêmicos e 34,3% hemorrágicos (Gráfico 2). Esses dados se correlacionam com toda a literatura pesquisada, em que o AVE isquêmico é predominante, podendo ser citados os estudos de Costa (2010), Zétola (2001), Radanovic (2000), Costa (2009), Mazzola *et al* (2007), Bruno *et al* (2000), Nunes *et al* (2000), Pereira *et al* (2009), Ribeiro (2004), Costa, Silva e Rocha (2011), Figuerôa *et al* (2007) e Gomes Neto (2007). O AVE isquêmico teve predominância em homens, correspondendo a 26% contra 20% em

mulheres. Para o tipo hemorrágico foram obtidos valores iguais para ambos os sexos (12%). O primeiro tipo obteve maior resultado na faixa etária de 71 anos acima (16%) e o segundo na faixa etária de 66 a 70 anos (8%) (Gráfico 3).

Gráfico 2: Tipo de AVE em percentual.

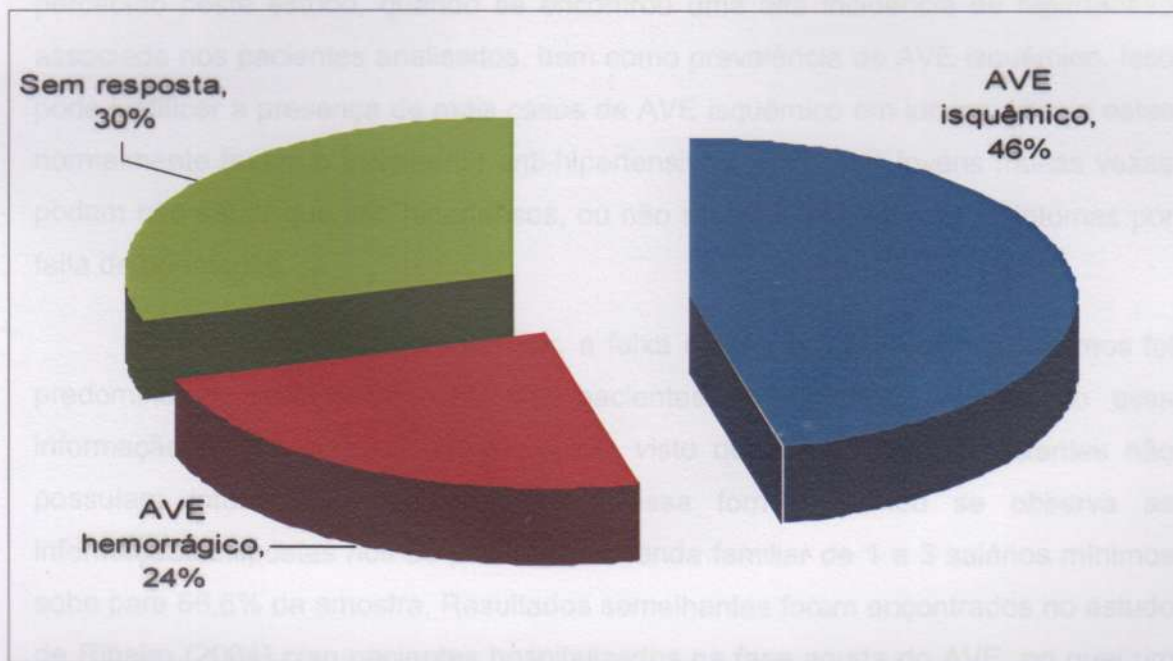
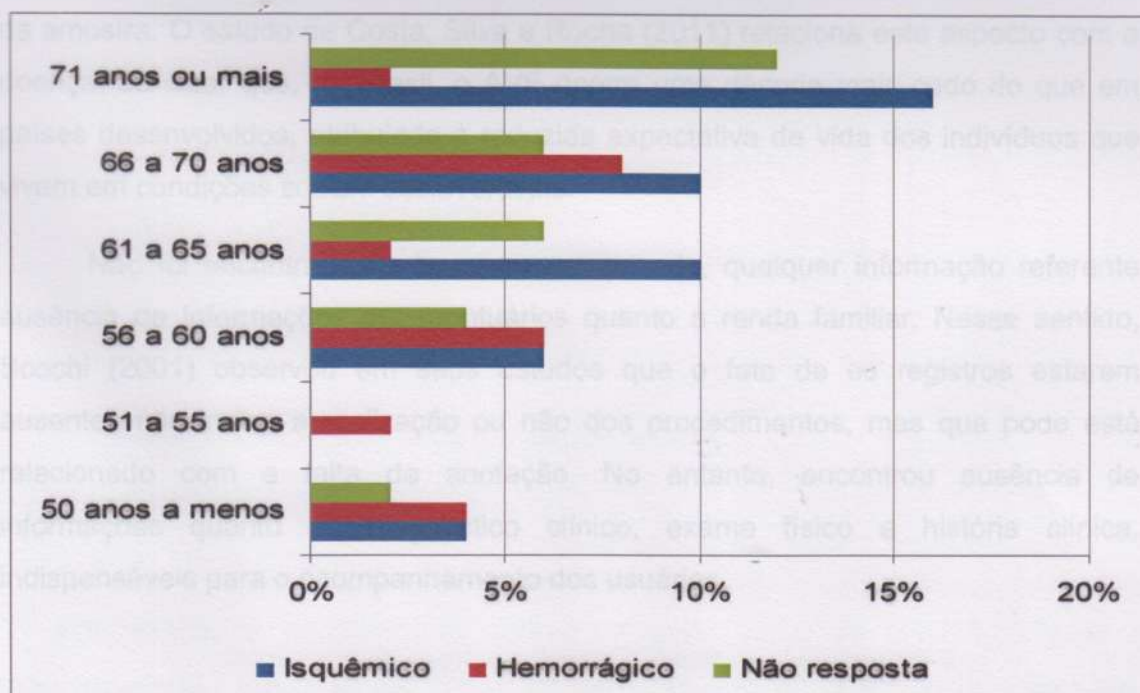


Gráfico 3: Correlação do tipo de AVE com a faixa etária em percentual.



Ribeiro (2003), relata que ao se avaliar os AVEs, existe uma maior relação da hipertensão arterial com os episódios isquêmicos, pois os acidentes vasculares hemorrágicos são incomuns entre os pacientes sob tratamento anti-hipertensivo e estão fortemente relacionados à hipertensão não controlada. Fato que também foi percebido neste estudo, quando se encontrou uma alta incidência de hipertensão associada nos pacientes analisados, bem como prevalência de AVE isquêmico. Isso pode justificar a presença de mais casos de AVE isquêmico em idosos, já que estes normalmente fazem o tratamento anti-hipertensivos, e os mais jovens muitas vezes podem não saber que são hipertensos, ou não reconhecer os sinais e sintomas por falta de orientação.

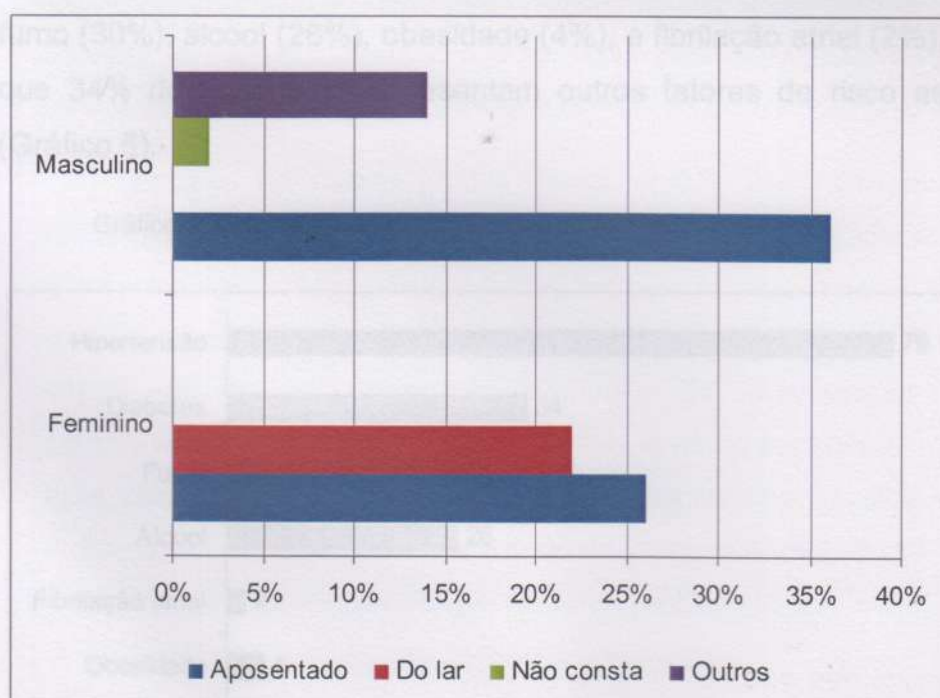
Com referência a renda familiar, a faixa etária de 1 a 3 salários mínimos foi predominante, perfazendo 40% dos pacientes investigados. No entanto essa informação só foi vista em 30 pacientes, visto que os outros 20 pacientes não possuíam informações no prontuário. Dessa forma, quando se observa as informações dispostas nos 30 pacientes, a renda familiar de 1 a 3 salários mínimos sobe para 66,6% da amostra. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Ribeiro (2004) com pacientes hospitalizados na fase aguda do AVE, no qual um terço dos entrevistados apresentou renda mensal inferior a dois salários mínimos, porém encontrou valores de 20% de pacientes com renda familiar superior a 5 salários mensais, enquanto que o presente estudo obteve valores de apenas 10% da amostra. O estudo de Costa, Silva e Rocha (2011) relaciona este aspecto com a doença, ao dizer que, no Brasil, o AVE ocorre uma década mais cedo do que em países desenvolvidos, atribuindo à reduzida expectativa de vida dos indivíduos que vivem em condições sociais desfavoráveis.

Não foi encontrada na literatura pesquisada, qualquer informação referente ausência de informações em prontuários quanto à renda familiar. Nesse sentido, Scochi (2001) observou em seus estudos que o fato de os registros estarem ausentes não indica a realização ou não dos procedimentos, mas que pode estar relacionado com a falta de anotação. No entanto, encontrou ausência de informações quanto ao diagnóstico clínico, exame físico e história clínica, indispensáveis para o acompanhamento dos usuários.

Em relação à escolaridade obteve-se uma média de 5,13±4,35 anos de estudo, revelando um grau de instrução baixo, o que pode ter correlação com o processo de educação em saúde, acesso a informações e cultura. Lopes (2005)

No que se refere ao perfil de profissão/ocupação dos pacientes, pôde-se observar que a categoria de aposentados foi de 62%, em relação à categoria do lar que foi de 22%, outras profissões foi de 14% e, 2% não havia resposta em seus prontuários. Os dados ficaram em consonância com os estudos de Pereira *et al* (2009), que encontrou 61% de aposentados, 26% do lar e 16% outras ocupações; Cruz e Diogo (2009) identificou que 72,7% eram aposentados/pensionistas e 27,3 não aposentados/pensionistas e, Maineri *et al* (2007), encontrou que toda a amostra foi de aposentados. Em relação aos pacientes aposentados 36% são homens e 26% são mulheres, enquanto que outros 14% dos homens atuam em outras profissões, e 22% das mulheres são do lar (Gráfico 4). O estudo de Lima *et al* (2006) relata que a mulher tem passado por mudanças em suas funções nos últimos anos, devido a desempenhar papéis dentro da família e profissional, o que as torna mais propensas a desenvolver problemas cardíacos, em consequência de acúmulos de atividades, aumentando as preocupações e o estresse.

Gráfico 4: Correlação do sexo com a profissão/ocupação em percentual.



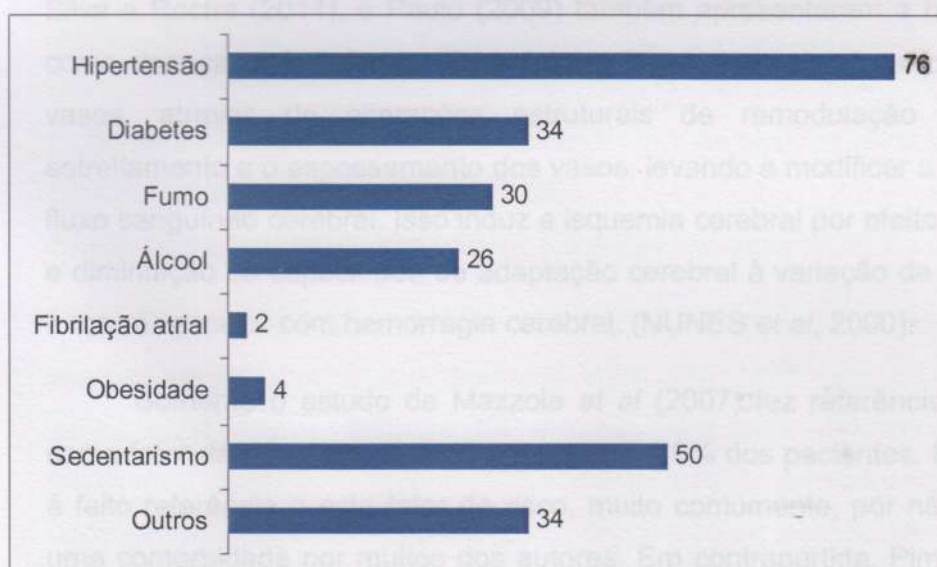
Em relação à escolaridade obteve-se uma média de $5,13 \pm 4,35$ anos de estudo, revelando um grau de instrução baixo, o que pode ter correlação com o processo de educação em saúde, acesso a informações e cultura. Lopes (2005)

considera que a escolaridade é uma variável do desencadeamento dos processos de adoecimento ao se tratar do acesso aos serviços, e da comunicação com o profissional de saúde, da efetividade na prevenção, tratamento e cura de doenças. Nesse sentido, se torna importante o processo de aprendizagem, por parte da população, das noções de saúde e doença.

Estes dados são condizentes com o estudo de Costa, Silva e Rocha (2011), realizado com pacientes atendidos em serviços públicos, que obteve predominância da escolaridade no ensino fundamental incompleto em 37,5% dos pesquisados, com o estudo de Pereira *et al* (2009), que encontrou predominância de pessoas que cursaram apenas até a 4ª série do ensino fundamental em 46%, visto em pessoas cadastradas no PSF, e com o estudo de Maineri *et al* (2007), que encontrou 76% da amostra com escolaridade de 1 a 5 anos, em pessoas idosas residentes na área de abrangência de uma unidade de atenção primária de saúde.

O fator de risco mais presente foi a hipertensão arterial sistêmica, presente em 76% dos pacientes, seguido de sedentarismo (50%), *Diabetes mellitus* (34%), fumo (30%), álcool (26%), obesidade (4%), e fibrilação atrial (2%), sendo visto ainda que 34% dos pacientes apresentam outros fatores de risco associados ao AVE (Gráfico 5).

Gráfico 5: Fatores de risco associados ao AVE em percentual.



Esses fatores de riscos isoladamente se mostram fortes potencializadores do desencadeamento de doenças ou agravos de saúde que fazem parte da cobertura de assistência pública de saúde e quando associados podem ter caráter irreversível no que se refere a funcionalidade do indivíduo e a condição biopsicossocial dos indivíduos em geral. Nesse sentido, Schmidt *et al* (2009) relata que a diabetes e a hipertensão, isolada ou associada a outras comorbidades, ocasiona morbidade e mortalidade, que remete a demandas e estratégias de promoção da saúde e a detecção de grupos de riscos para intervenção preventiva.

Estudos de levantamento epidemiológico, na comunidade de Nova Cidade em Natal, no item referente a hábitos de vida e processo de adoecimento, os pesquisados se percebiam como indivíduos saudáveis. No entanto, 14,4% se enquadravam em grupos de riscos e a hipertensão foi responsável por 9,6% e associada à diabetes representava 3,2%. O estudo fez alusão ainda, que indivíduos podem ser portadores assintomáticos ou sofrerem dos principais sinais e sintomas das patologias referidas e, por falta de esclarecimento, não se reconhecem como sujeitos acometidos e vulneráveis. Assim sendo, e por não se reconhecer como portador de risco em potencial não se trata e passa a compor um grupo de alto risco para o desencadeamento de doenças como o AVE. (REBOUÇAS *et al*, 2009).

Estudos de Falcão (2004), Zétola (2001), Kolominsky-rabas *et al* (2001), Radanovic (2000), Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), Mazzola *et al* (2007), Costa, Silva e Rocha (2011), e Paulo (2009) também apresentaram a hipertensão arterial como doença mais referida. Esse fato se deve a ela atuar de forma deletéria nos vasos, através de alterações estruturais de remodelação que ocasiona o estreitamento e o espessamento dos vasos, levando a modificar a autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral. Isso induz a isquemia cerebral por efeitos aterotrombóticos e diminuição da capacidade de adaptação cerebral à variação de pressão arterial, e à rotura vascular com hemorragia cerebral. (NUNES *et al*, 2000).

Somente o estudo de Mazzola *et al* (2007) fez referência ao sedentarismo como fator de risco, encontrado apenas em 6,9% dos pacientes. Possivelmente não é feita referência a este fator de risco, muito comumente, por não ser considerado uma comorbidade por muitos dos autores. Em contrapartida, Pimenta (2009) traz o sedentarismo como um fator de risco importante no nosso país, e que já existem

ações educativas direcionadas aos indivíduos acometidos por AVE sobre este fator de risco de forma informativa.

Quanto ao *Diabetes Mellitus*, pôde-se observar que os dados estão de acordo com a literatura, uma vez que, mesmo com diferentes variações percentuais, todos os estudos revelam correlações com a doença, em que Costa, Silva e Rocha (2011), Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), Esteves (2009), Costa (2009), Radanovic (2000) e Kolominsky-rabas *et al* (2011), que discutem resultados em uma faixa de 20 a 35% dos pacientes portadores da doença. Outros dois estudos encontraram valores mais baixos, sendo eles Mazzola *et al* (2007), com valores de 2,3%, e Zétola (2001) com 13,6% de diabéticos.

Com o *Diabetes Mellitus*, o indivíduo se expõe de forma prolongada à hiperglicemia, o que agora é reconhecido como fator primário causal das complicações crônicas diabéticas. A hiperglicemia induz a um grande número de alterações nos tecidos vasculares que potencialmente promovem uma forma de aterosclerose acelerada, que pode atingir os micro e macrovasos, através da alteração da atividade enzimática e da capacidade degradativa diminuída. (COSTA, 2009).

Os valores obtidos em relação ao tabagismo foram de 30% entre os pesquisados e são condizentes com os estudos de Costa, Silva e Rocha (2011), e Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), porém Zétola (2001) e Paulo (2009) encontraram valores de predominância maior (60% e 59,7% respectivamente), e Mazzola *et al* (2007) e Kolominsky-rabas *et al* (2011) encontraram valores baixos de predominância. O etilismo está em acordo com os estudos de Costa, Silva e Rocha (2011), Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), e Zétola (2001), havendo apenas o estudo de Mazzola *et al* (2007) com valores inferiores descritos (9,3%).

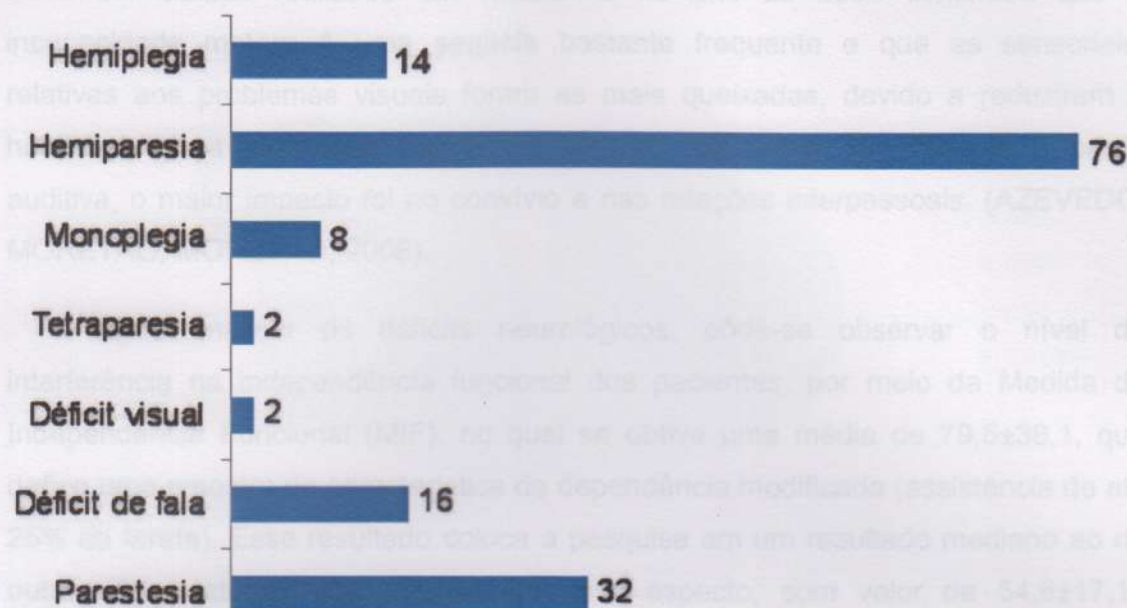
O tabagismo e o etilismo são fatores de risco importantes devido à sua atuação no cérebro, o que favorece alterações sistêmicas. A nicotina realiza a estimulação para a geração de algumas respostas reflexas autônomas como taquicardia, aumento do débito cardíaco e da pressão arterial, enquanto que o álcool pode causar sérias consequências nos processos de desenvolvimento, aprendizado e memória. (SILVA *et al*, 2010).

Já a obesidade apresenta uma dificuldade de associação como fator de risco principal para o AVE, devido ao paciente obeso apresentar, muito comumente, outros fatores de riscos principais, como a hipertensão e *Diabetes Mellitus*, e não ser analisada a predominância desse fator nos estudos epidemiológicos. Nesse sentido, esse estudo encontrou poucos relatos nos prontuários quanto a obesidade, perfazendo um 4% da amostra e se mostrando abaixo do encontrado no estudo de Pedro (2009) que obteve 12,6% de obesos. Porém, o estudo de Pimenta (2009) apresenta a obesidade como uma tendência, que pode chegar a atingir níveis de epidemia, que já ocorre em outros países, e surge como um processo de transição do perfil no Brasil. Além disso, Ribeiro (2004) relata que a obesidade interfere na incidência do AVE devido a estar associada ao *Diabetes Mellitus* e a cardiopatias.

Dentre os 34% de outros fatores associados, 41,2% são de cardiopatias, além dos 2% de pacientes com fibrilação atrial de toda a amostra. Estudos de Radanovic (2000), Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), Paulo (2009), Mazzola *et al* (2007) e Costa, Silva e Rocha (2011) encontraram valores de cardiopatas entre 14% a 25% das amostras, enquanto que o estudo de Kolominsky-rabas (2001) encontrou valores bem mais elevados, correspondendo a mais da metade dos pacientes de sua amostra. Para Radanovic (2000) as cardiopatias são fatores de risco muito importantes na associação para o AVE, enquanto que Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) dizem que é o segundo fator de risco mais importante, sendo a fibrilação atrial o mais encontrado. O estudo de Azevedo, Moretão e Moretão (2008) relatou que foi possível, através da prática profissional de autores em uma unidade de terapia intensiva, observar uma elevada frequência de pacientes acometidos por AVE secundário a cardiopatias, fazendo relevância às cardiopatias como importante fator de risco.

O déficit neurológico mais presente neste estudo foi a hemiparesia, com 76% de pacientes acometidos, e ainda outros 32% apresentam parestesia, déficit de fala em 16%, hemiplegia em 14%, monoplegia em 8%, e tetraparesia e déficit visual ambas em 2% (Gráfico 6).

Gráfico 6: Déficits neurológicos presentes nos pacientes de AVE em percentual.



Os estudos de Falcão (2004) e Ribeiro (2004) também encontraram a hemiparesia como sequela mais observada, mas com apenas 46% dos indivíduos acometidos no último. Cruz e Diogo (2009) já apresentaram valores mais aproximados em relação à hemiparesia e parestesia, os quais corresponderam a 50,1% e 31,8%, respectivamente. Em relação ao déficit de fala, Mazzola *et al* (2007) encontrou valores equivalentes, sendo 9,3% da amostra com distribuição igual par afasia e disartria, o que se contrapõe a Falcão (2004) já que encontrou referencia de afasia em 50% dos homens e em quase 2/3 das mulheres.

O AVE leva, com freqüência, a deficiências motoras, sensoriais, cognitivas e emocionais do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e a sociedade. Essas incapacidades dizem respeito à instabilidade da marcha; dificuldade de controle do tronco, de movimentação do membro superior e de fraqueza do membro inferior; espasticidade, dependência nas atividades de vida diária para transferências e mobilidades; além de outros comprometimentos sistêmicos, que dependendo do grau de limitação e do cuidado prestado, ao longo do tempo, podem levar a outras complicações. (AZEVEDO; MORETÃO; MORETÃO, 2008).

Gráfico 7: Número de acometimentos em percentual

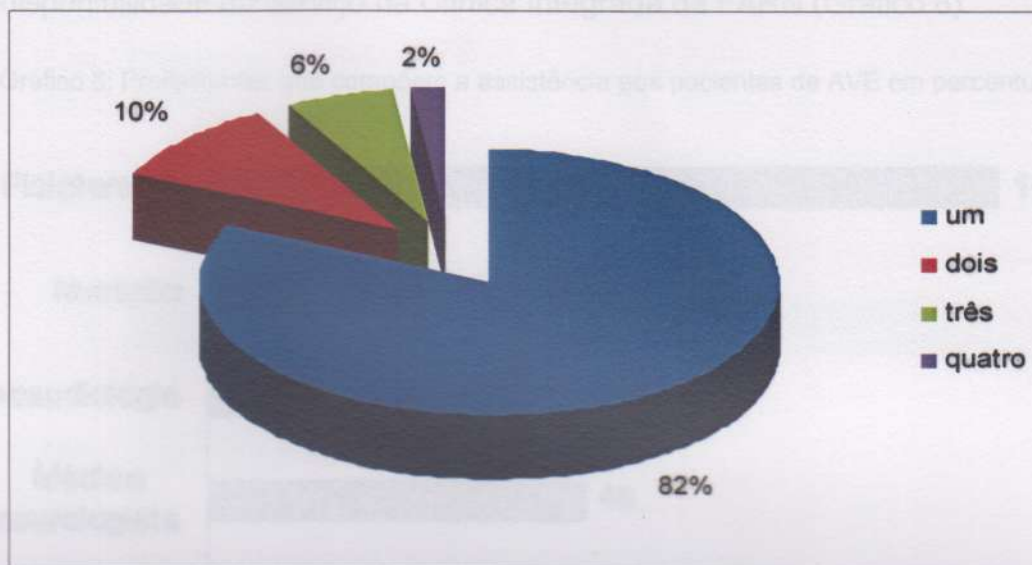
Um estudo realizado em Recife-PE no ano de 2000 confirmou que a incapacidade motora é uma seqüela bastante frequente e que as sensoriais, relativas aos problemas visuais foram as mais queixadas, devido a reduzirem a habilidade para realização das atividades de vida diária. Em relação à perda auditiva, o maior impacto foi no convívio e nas relações interpessoais. (AZEVEDO; MORETÃO; MORETÃO, 2008).

Após analisar os déficits neurológicos, pôde-se observar o nível de interferência na independência funcional dos pacientes, por meio da Medida de Independência Funcional (MIF), no qual se obteve uma média de $79,5 \pm 36,1$, que define uma amostra de característica de dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa). Esse resultado coloca a pesquisa em um resultado mediano ao de outros dois estudos que observaram esse aspecto, com valor de $54,6 \pm 17,15$ (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011) e com valor de $97,0 \pm 22,3$ (CRUZ; DIOGO, 2009).

Com referencia ao tempo de acometimento do AVE, pelos pacientes, obteve-se uma média de $23,1 \pm 22,6$ meses, não sendo possível encontrar correlação na literatura, uma vez que muitos estudos enfatizam o AVE agudo e fase hospitalar. No entanto esse dado é singular do estudo e que pode ser classificado como subagudo. Martins (2006) demonstrou que os pacientes na fase aguda terão melhor evolução tanto quanto mais precoce for o início do tratamento. Além disso, o AVE é tido como uma situação de urgência médica, potencialmente ameaçadora da vida, o que sugere, após a fase aguda, uma atuação médica essencialmente dirigida à prevenção secundária e ao tratamento das sequelas principais. (GASPAR; ANTUNES, 2010).

Quanto ao número de acometimentos, 82% dos pacientes teve apenas um AVE, 10% tiveram 2 acometimentos, 6% tiveram 3 AVEs, e 2% tiveram 4 episódios (Gráfico 7). Os resultados foram condizentes com os estudos de Mazzola *et al* (2007), Ribeiro (2004), Esteves (2009), Costa (2009), e Paulo (2009), que fazem referência à predominância de pacientes com a primeira ocorrência de AVE, e poucos casos de recorrência.

Gráfico 7: Número de acometimentos em percentual.



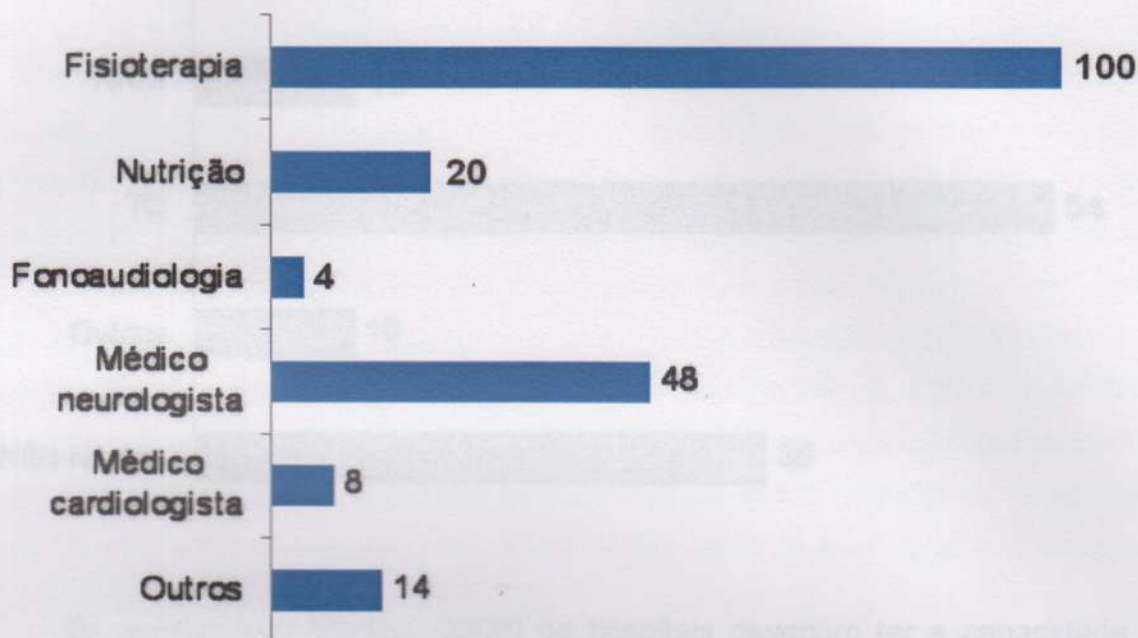
O tempo de atendimento dos pacientes na fisioterapia obteve uma média de $6,4 \pm 5,9$ meses de duração, ficando com valor inferior ao estudo de Bruno (2000), que encontrou valores médios de 10,8 meses de atendimento.

Segundo Oda, Sant'ana e Carvalho (2002) a plasticidade neural é responsável por adaptar o sistema nervoso mediante mudanças no seu meio interno e externo, que minimiza efeitos das lesões estruturais e funcionais. Proporciona uma recuperação cerebral gradativa, e favorece a possibilidade de ganhos funcionais por até anos após a lesão. Isso vem reforçar a importância do tratamento fisioterapêutico continuado, e do acompanhamento de outros profissionais.

Quanto ao atendimento multi ou interprofissional o médico neurologista foi o que obteve mais relatos de acompanhamento, sendo em 48% dos casos. Em 20% foram acompanhados por nutricionista, 8% por médico cardiologista, 4% por fonoaudiólogo, e 14% foi acompanhado por outros profissionais. Nesse ponto, pode-se observar que há um percentual significativo de pacientes com acompanhamento nutricional (20%), mas existem poucos relatos de correlação com a obesidade nesses pacientes (4%), podendo estar relacionados a reeducação alimentar. A alimentação correta deve ser composta por alimentos pobres em sódio, colesterol e gorduras, e ricos em fibras, potássio, magnésio ou cálcio, para que seja evitado o aparecimento de fatores de risco para o AVE, como a hipertensão e o *Diabetes*

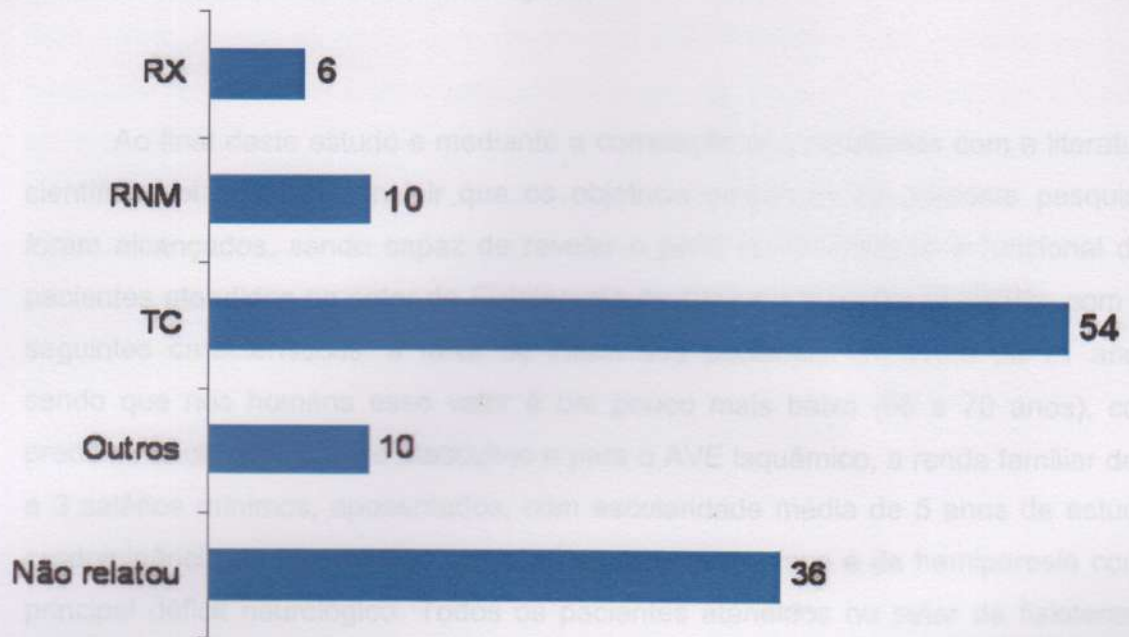
Mellitus. (COSTA, 2010). Não há relatos de atendimentos da psicologia, mesmo que haja a disponibilidade do serviço na Clínica Integrada da FARN (Gráfico 8).

Gráfico 8: Profissionais que compõem a assistência aos pacientes de AVE em percentual.



Quanto aos exames complementares que os pacientes levavam ao atendimento da fisioterapia quando solicitado, em 54% dos casos eram TC de crânio, 10% RNM, 6% Rx, 10% outros exames, e 36% não levou nenhum exame, o que se confirma com o estudo de Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), os quais afirmam que a falta de anotação ou a não realização dos exames limitam estes dados. Já Zétola (2001) encontrou valores mais satisfatórios, sendo 85% de pacientes com TC de crânio e 1,83% de RNM. Outro aspecto analisado foi o local de ocorrência da lesão, observando a artéria cerebral acometida, porém não foi encontrado nenhum dado referente à artéria neste estudo, somente foi encontrado em relação ao aspecto encefálico (Gráfico 9).

Gráfico 9: Exames complementares realizados pelos pacientes de AVE em percentual.



De acordo com Martins (2006) os hospitais deveriam ter a capacidade de realizar tomografia computadorizada (TC) de crânio ou RNM de crânio dentro de 25 minutos da solicitação do exame e estar disponíveis 24 horas por dia. Porém esses exames se tornam dispendiosos e muitas vezes não são disponibilizados nos hospitais em que os pacientes são assistidos, ou ainda conseguem ser realizados e não disponibilizados aos usuários, verdadeiros donos de seus exames e prontuários. Isso ocorre mesmo o paciente possuindo o direito de ter resguardado o segredo de seus dados pessoais, receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre diagnósticos realizados, exames solicitados e ações terapêuticas, além de poder acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico. (FORTES, 2004).

VI. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Ao final deste estudo e mediante a correlação dos resultados com a literatura científica, foi possível concluir que os objetivos propostos na presente pesquisa, foram alcançados, sendo capaz de revelar o perfil epidemiológico e funcional dos pacientes atendidos no setor de Fisioterapia da Clínica Integrada da FARN, com as seguintes características: a faixa de idade dos pacientes foi acima de 71 anos, sendo que nos homens esse valor é um pouco mais baixo (66 a 70 anos), com predominância para o sexo masculino e para o AVE isquêmico, a renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, aposentados, com escolaridade média de 5 anos de estudo, predominância da hipertensão como principal fator de risco e da hemiparesia como principal déficit neurológico. Todos os pacientes atendidos no setor de fisioterapia realizavam acompanhamento com outros profissionais da área da saúde, sendo o médico neurologista o mais comum.

Os pacientes obtiveram uma média de 23,1 meses de tempo de acometimento, a maioria teve apenas um AVE, e ficaram em atendimento fisioterapêutico por um período médio de 6,4 meses. O exame complementar que os pacientes mais levaram à fisioterapia foi a TC de crânio, em igual proporção àqueles que não levaram nenhum exame. A área de acometimento da lesão não era relatada em muitos prontuários, e quando o era, não relatava a artéria envolvida, fator importante de ser relatado em um exame, já que com essa informação a fisioterapia pode direcionar o tratamento de forma mais eficaz.

O perfil encontrado dos pacientes retrata uma característica comumente encontrada em serviços de saúde pública, já que a população alvo é principalmente de pessoas com baixo nível social e de escolaridade, que reflete em todos os outros aspectos epidemiológicos encontrados.

Ao final, observou-se que apesar das relações dos dados dessa pesquisa com a literatura, cada região apresenta peculiaridades, o que torna importante serem feitas pesquisas de levantamentos epidemiológicos.

Baseando-se no desenvolvimento de todo o trabalho realizado e, particularmente, nas conclusões derivadas do mesmo, foi possível e pertinente tecer

algumas recomendações, como: mais estudos dessa natureza possam ser feitos para delineamento de perfis para um melhor direcionamento das políticas públicas para cada região; que os prontuários possam ser devidamente preenchidos em seus campos de informações demográficas e epidemiológicas; enfatizar a importância de políticas públicas relacionadas ao cuidado com a saúde do idoso e dos indivíduos hipertensos, bem como da prevenção da doença.

BARROS, A. F. F.; FÁBIO, S. R. C.; FURKIM, A. M. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados de tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arq Neuropsiquiatr*, Ribeirão Preto, v.64, n.4, p.1009-1014, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde - Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRUNO, A. de A. et al. Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco - Centro de Reabilitação. *Acta Fisiotr*, São Paulo, v.1, n.3, 532-24, 2000.

CANCELA, O. M. C. O Acidente Vascular Cerebral - Classificação, principais consequências e reabilitação. Porto: Universidade Lusitana de Porto, 2006.

CANEDA, M. A. G. de et al. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr*, Porto Alegre, v.64, n.3B, p.630-637, 2006.

CESÁRIO, C. M. M.; PENASSO, P.; OLIVEIRA, A. P. R. de. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Revista Neurológica*, São Paulo, v. 14, n. 1, p.6-9, mai. 2006.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: concussão e fatores de risco. *Rev Bras Hipertens*, Porto Alegre - RS, v. 7, n. 4, p. 372-82, out. 2000.

VII. BIBLIOGRAFIA

AZEVEDO, R. V. M.; MORETÃO, D. I. C.; MORETÃO, V. J. Prevenção de Acidente Vascular Cerebral em pacientes portadores de cardiopatias. **Interseção**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 82-90, abr., 2008.

BARROS, A. F. F.; FÁBIO, S. R. C; FURKIM, A. M. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. **Arq Neuropsiquiatr**, Ribeirão Preto, v.64, n.4, p.1009-1014, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis** : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRUNO, A. de A. *et al.* Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco – Centro de Reabilitação. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.7, n.3, p.92-94, 2000.

CANCELA, D. M. G. **O Acidente Vascular Cerebral - Classificação, principais consequências e reabilitação**. Porto: Universidade Lusitana do Porto, 2008.

CANEDA, M. A. G. de *et al.* Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. **Arq Neuropsiquiatr**, Porto Alegre, v.64, n.3B, p.690-697, 2006.

CESÁRIO, C. M. M.; PENASSO, P.; OLIVEIRA, A. P. R. de. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.6-9, mar. 2006.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev Bras Hipertens**, Porto Alegre - RS, v. 7, n. 4, p.372-82, out. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Definição de Fisioterapia**. Brasília, 2007.

COSTA, C. M. G. R. **Caracterização Antropométrica e Bioquímica de uma amostra com Acidente Vascular Cerebral**. Porto: Universidade do Porto, 2010. 64p.

COSTA, F. A. da; SILVA, D. L. A. da; ROCHA, V. M. da. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, Natal, v.16, n.1, p.1341-1348, 2011.

COSTA, J. H. C. da. **AVC e Diabetes Mellitus: o perfil dos doentes e do AVC**. 2009. 70 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2009.

CRUZ, Keila C. T. da; DIOGO, Maria J. D. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paul Enferm.**, Campinas – SP, v. 22, n. 5, p.666-72, 2009.

ESTEVES, A. I. M. **Diferenças no perfil lipídico dos doentes com AVC isquêmico, segundo o subtipo etiológico**. 2009. 76 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2009.

FALCÃO, I. V. *et al.* Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.4, n.1, p.95-102, jan./mar., 2004

FIGUERÔA, F. L. S. *et al.* O tempo para o atendimento como fator de prognóstico no acidente vascular encefálico. **Neurol Neurocir Psiquiat.**, Salvador, v. 40, n. 4, p.102-108, out./dez. 2007.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v.13, n.4, p.1175-1180, 2008.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e sociedade**, v.13, n.3, p.30-35, set-dez, 2004.

GASPAR, A. T.; ANTUNES, F. Dor crônica após acidente vascular cerebral. **Sinapse**, Braga, v.10, n.2, p.38-44, nov., 2010.

GOMES NETO, M. **Aplicação da Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE) em Hemiplégicos Agudos: Propriedades Psicométricas e sua Correlação com a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde**. 2007. 76 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2007.

GUCCIONE, A. A. Avaliação Funcional. In: O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 4.ed. São Paulo: Manole, 2006.

JAKAITIS, F. *et al.* Estudo epidemiológico da Fisioterapia Aquática do Hospital Israelita Albert Einstein. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v.16, n.3, p.204-208, 2008.

KOLOMINSKY-RABAS, P. L. *et al.* Epidemiology of Ischemic Stroke Subtypes According to TOAST Criteria: Incidence, Recurrence, and Long-Term Survival in Ischemic Stroke Subtypes: A Population-Based Study. **Journal of The American Heart Association**, Baltimore, p.2735-40, 2011.

LIMA, V. *et al.* Fatores de risco associados à hipertensão arterial em vítimas de acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 19, n.3, p.149-154, 2006.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades sociais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1595-1601, set-out, 2005.

MAINERI, N. de L. *et al.* Fatores de Risco para Doença Cerebrovascular e Função Cognitiva em Idosos. **Arq Bras Cardiol**, Porto Alegre, v.89, n.3, p.158-162, 2007.

MARÃES, V. R. F. S. *et al.* Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v.23, n.2, p.311-321, abr./jun., 2010.

MARTINS, S. C. O. Protocolo de atendimento do AVC isquêmico agudo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.15, n.7, p.1-5, jan/fev/mar/abr, 2006.

MAZZOLA, D. *et al.* Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 1, p.22-27, 2007.

MENEGHETTI, C. H. Z. *et al.* Equilíbrio em indivíduos com Acidente Vascular Encefálico: Clínica Escola de Fisioterapia da Uniararas. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v. 1, n. 17, p.14-18, 27 jan. 2009.

NEVES, P. P. *et al.* Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada: . **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 4, p.173-181, dez. 2004.

NONINO, F.; KREULICH, E.; BENEDETI, M. R. Orientações a cuidadores de pacientes hemiplégicos em fase aguda pós-episódio de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **Revista Saúde e Pesquisa**, Marigá, v. 1, n. 3, p.287-293, dez. 2008.

NUNES, A. *et al.* Perfil hipertensivo dos doentes com doença vascular cerebral. **Medicina Interna**, Lisboa, v.7, n.1, p.13-19, 2000.

PIRES, S. L.; GAUJARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v.62, n.3-B, p.814-831, 2004.

ODA, J. Y; SANT'ANA, D. de M. G; CARVALHO, J. de. Plasticidade e regeneração funcional do sistema nervoso: contribuição ao estudo de revisão. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Cascavel, v.6, n.2, p.171-176, maio./ago., 2002.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**, 10a. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

O'SULLIVAN, Susan B. Acidente Vascular Encefálico. In. O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 4.ed. São Paulo: MANOLE, 2006.

PAULO, R. B. de *et al.* Acidente vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia: complicações e tempo de internação. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v.55, n.3, p.313-6, 2009.

PEREIRA, A. B. C. N. G. *et al.* **Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.1929-1936, set. 2009.

PEREIRA, A. B. C. N. G. *et al.* **Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.1929-1936, set. 2009.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. e. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. Usp**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.154-163, 2004.

PIMENTA, C. P. **Prevenção das doenças cerebrovasculares no Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde**. 2009. 232 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PIMENTA, C. P. **Prevenção das doenças cerebrovasculares no Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde**. 2009. 232 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**, 10a. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PIMENTEL, N. M.; RIBEIRO, N. M. da S. A perspectiva de recuperação dos pacientes após seis meses de acidente vascular encefálico mediante a reabilitação. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n. 1, p.59-75, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**, 10a. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v.62, n.3-B, p.844-851, 2004.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v.62, n.3-B, p.844-851, 2004.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 58, n. 1, p.99-106, 2000.

REBOUÇAS, D. L. *et al.* **As condições de saúde da comunidade de Nova Cidade em Natal/RN: um perfil epidemiológico**. Natal: Universidade Potiguar, 2009. 41 p.

RIBEIRO, F. B. **Prevalência e fatores associados à solicitação de fisioterapia em pacientes hospitalizados por acidente vascular encefálico na fase aguda**. 2004. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2004.

RIBEIRO, J. M. Prevenção secundária do acidente vascular encefálico. **Rev Bras Hipertens**, Belo Horizonte, v.10, n.2, p.142-144, abr./jun., 2003.

RIBERTO, M. *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.45-52, 2001.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.72-76, 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6a. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

SCOCHI, M. J. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.23, n.3, p.739-744, 2001.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbilidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, Porto Alegre, v.43, n.2, p.74-82, 2009.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS

SILVA, M. T. B. da *et al.* Álcool e nicotina: mecanismos de dependência. **Rev Neurocienc**, Fortaleza, v.18, n.4, p.531-537, 2010.

SOUZA, M. F. M. de *et al.* Análise de Séries Temporais da Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração e Cerebrovasculares, nas Cinco Regiões do Brasil, no Período de 1981 a 2001. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.87, n.6, p.735-740, 2006.

XEREZ, D. R.; CARVALHO, Y. S. V.; COSTA, M. M. B. Estudo clínico e videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. **Radiol Bras**, Rio de Janeiro, v.37, n.1, p.9-14, 2004.

ZÉTOLA, V. H. F. *et al.* Acidente Vascular Cerebral em pacientes jovens: Análise de 164 casos. **Arq Neuropsiquiatr**, Curitiba, v.59, n.3, p.740-745, 2001.

Q.6- Renda familiar:

- 1- () Menos de 1 salário mínimo
- 2- () De 1 a 3 salários mínimos
- 3- () De 4 a 7 salários mínimos
- 4- () De 8 a mais salários mínimos
- 5- () Sem resposta

Q.8- Tipo de AVE:

- 1- () Isquêmico
- 2- () Hemorrágico
- 3- () Sem resposta

Q.7- Fatores de risco:

- 1- () Hipertensão
- 2- () Diabetes
- 3- () Fumo
- 4- () Álcool
- 5- () Fibrilação atrial
- 6- () Ataques isquêmicos
- 7- () Hiperlipidemias
- 8- () Obesidade
- 9- () Sedentarismo
- 10- () Outros:

Q.8- Déficits neurológicos:

- 1- () Hemiplegia
- 2- () Hemiparesia

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS

Instrumento de levantamento de dados dos prontuários de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico, assistidos na clínica escola de Fisioterapia da FARN, no município de Natal/ RN.

Número do prontuário: _____

Q.1 - Faixa Etária:

- 1- () 50 anos a menos
- 2- () 51 a 55 anos
- 3- () 56 a 60 anos
- 5- () 66 a 70 anos
- 6- () 71 anos ou mais

Q.2- Sexo: () F () M

Q.3- Escolaridade (anos): _____

Q.4- Profissão/ Ocupação: _____

Q.5- Renda familiar:

- 1- () Menos de 1 salário mínimo
- 2- () de 1 a 3 salários mínimos
- 3- () de 4 a 7 salários mínimos
- 4- () de 8 a mais salários mínimos
- 5- () sem resposta

Q.6- Tipo de AVE:

- 1- () Isquêmico
- 2- () Hemorrágico
- 3- () Sem resposta

Q.7- Fatores de risco:

- 1- () Hipertensão;
- 2- () Diabetes;
- 3- () Fumo;
- 4- () Álcool;
- 5- () Fibrilação atrial;
- 6- () Ataques isquêmicos
- 7- () Hiperlipidemias;
- 8- () Obesidade
- 9- () Sedentarismo;
- 10- () Outras: _____

Q.8- Déficits neurológicos:

- 1- () Hemiplegia
- 2- () Hemiparesia

- 3- () Monoplegia
- 4- () Tetraparesia
- 5- () Tetraplegia
- 6- () Déficit Visual
- 7- () Déficit Auditivo
- 8- () Déficit de fala
- 9- () Parestesia

Q.9- Tempo de atendimento: _____

Q.10- MIF: _____

Q.11- Tempo de acometimento _____

Q.12- Número de acometimentos _____

Q.13- Tratamento realizado pelo paciente:

- 1- () Fisioterapia
- 2- () Nutrição
- 3- () Psicologia
- 4- () Fonoaudiologia
- 5- () Médico Neurologista
- 6- () Médico Cardiologista
- 7- () Outros _____

Q.14- Exames Complementares:

- 1- () RX
- 2- () RNM
- 3- () TC
- 4- () Outros: _____
- 5- () Sem resposta

Q.15- Área de Acometimento

- 1- () Artéria Cerebral Média
- 2- () Artéria Cerebral Anterior
- 3- () Artéria Cerebral Posterior
- 4- () Outras: _____
- 5- () Sem resposta

APÊNDICE 2
AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA USO DO
ARQUIVO/PRONTUÁRIOS

Eu, Robson Alves da Silva, Coordenador do Curso de Fisioterapia da FARN, declaro estar informado da metodologia que será desenvolvida na pesquisa "Indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na Clínica Escola da FARN: um levantamento epidemiológico", coordenada por Francisca Rêgo Oliveira de Araújo.

Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS 196/96 e das demais resoluções complementares autorizo a consulta do arquivo/prontuários sob minha responsabilidade para realização da referida pesquisa.

Natal, 26 de Abril de 2011

Prof. Robson Alves da Silva
Coordenador Curso de Fisioterapia da FARN