



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
CURSO DE GRADUAÇÃO BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

KAROLINNE SOUZA MONTEIRO

**CARACTERIZAÇÃO FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

KAROLINNE SOUZA MONTEIRO

**CARACTERIZAÇÃO FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação **Bacharelado em Fisioterapia**
da Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau de
Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Carlúcia Ithamar
Fernandes Franco

CAMPINA GRANDE – PB
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M757c Monteiro, Karolinne Souza.
Caracterização funcional de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico assistidos em uma unidade de terapia intensiva [manuscrito] / Karolinne Souza Monteiro.– 2011.
19 f.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.
“Orientação: Profa. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes Franco, Departamento de Fisioterapia”.

1. Acidente Vascular Encefálico. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Circulação cerebral. I. Título.

21. ed. CDD 152.3

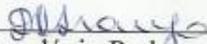
KAROLINNE SOUZA MONTEIRO

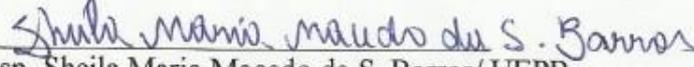
**CARACTERIZAÇÃO FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação **Bacharelado em Fisioterapia**
da Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau de
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em 24/11/2010.


Profª Drª Carlúcia Ithamar Fernandes Franco / UEPB
Orientadora


Profª Drª Doralúcia Pedrosa de Araújo / UEPB
Examinadora


Profª Esp. Sheila Maria Macedo da S. Barros/ UEPB
Examinadora

CARACTERIZAÇÃO FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

MONTEIRO, Karolinne Souza¹, MOURA, João Virgínio², FRANCO, Carlúcia Ithamar Fernandes³

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) corresponde a déficit neurológico decorrente de distúrbio na circulação cerebral, podendo resultar em alterações sensório-motoras e cognitivas, destacando-se por ser a patologia mais prevalente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) **Objetivos:** Caracterizar os dados sócio-demográficos e clínicos, identificar os fatores de risco e investigar a capacidade funcional de indivíduos acometidos por AVE assistidos em uma UTI. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e abordagem quali-quantitativa, composto por 21 indivíduos acometidos por AVE assistidos na UTI do Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande – PB, no período de março a setembro de 2011. Foram utilizados como instrumentos de avaliação uma Ficha sócio demográfica e clínica e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Os dados foram analisados e expressos em frequência, percentil, média e desvio padrão da média através do *software GraphPad Prism 4.0*. **Resultados:** Observou-se que a amostra foi composta por 52,4% do gênero masculino, com idade média de 67,6±11,9 anos, sendo 42,8% casados. Quanto aos dados clínicos, 57,2% era acometido por AVE hemorrágico (AVEh), 61,9% apresentou o dimídio direito afetado e 90,4% possuía doenças cardio-vasculares (DCVs) como fator da risco. Com relação à funcionalidade, 81% encontravam-se sedados, 38% tinham deficiência completa para mobilidade de várias articulações e 71% para deitar-se. **Conclusão:** Com base nos resultados obtidos, é possível sugerir que os indivíduos acometidos por AVE assistidos em uma UTI são predominantemente sexagenários do gênero masculino, casados, com AVEh, dimídio direito afetado, portadores de DCVs e de déficits funcionais graves.

PALAVRAS – CHAVE: Funcionalidade. Acidente Vascular Encefálico. Unidade de Terapia Intensiva

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cérebrovasculares (DCbV's) apresentam maior prevalência nas UTIs, com destaque para o Acidente Vascular Encefálico (AVE), que corresponde a déficit neurológico decorrente de distúrbio na circulação cerebral, podendo resultar em incapacidade ou morte (VAZ et al., 2008). É considerado um problema de saúde pública, uma vez que constitui a terceira maior causa de óbitos e a segunda mais frequente causa de morbidade entre as doenças neurológicas no Brasil (MENDONÇA et al., 2008).

O AVE acarreta alterações funcionais, caracterizadas pelo comprometimento na coordenação dos movimentos e equilíbrio corporal, perdas sensoriais, fraqueza muscular,

¹ Acadêmica concluinte do Bacharelado em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail para contato: karolsm@r7.com.

² Prof. Mestre em Recursos Naturais pela Universidade Federal de Campina Grande. E-mail para contato: joaovirginio@uol.com.br.

³ Orientadora Profª Drª em Farmacologia do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail para contato: cithamar@yahoo.com.br.

alterações de tônus, ajustes posturais deficitários e movimentos sinérgicos anormais (CACHO, 2004). Dessa forma, a incapacidade surge como resultado da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, além dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para as atividades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Por seu um paciente neurocrítico, o indivíduo que sofre AVE deve ser inicialmente assistido em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (MARTINS, 2006), que consiste em estratégias de atendimento e cuidados voltados para a recuperação do indivíduo com problemas graves de saúde e com riscos imediatos de morte (PINHO et al., 2006).

Existe a necessidade de compreender o que ocorre com o paciente após o diagnóstico da doença e o tempo provável de permanência no ambiente hospitalar, a fim de planejar ações de saúde eficazes para reinseri-lo na sociedade, através da reabilitação cinético-funcional (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Com base na literatura, evidencia-se a escassez de estudos relacionados com esse tema, o que torna essa pesquisa relevante, já que a investigação funcional permitirá maior clareza sobre o prognóstico funcional do paciente com AVE assistido na UTI. Sendo assim, os objetivos desta pesquisa foram caracterizar os dados sócio-demográficos e clínicos; identificar os fatores de risco e investigar a capacidade funcional de indivíduos acometidos por AVE assistidos na UTI.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças cardiovasculares (DCV) são relevantes nos dados de morbimortalidade do Brasil, correspondendo a 18,1% dos óbitos anuais. As DCbVs, sobretudo o AVE, se destacam por serem a primeira causa de morte, a patologia mais prevalente nas UTIs e por causar enorme sobrecarga econômica e emocional aos indivíduos acometidos e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; KAISER, 2004, CURIONI, 2007).

O AVE é um problema de saúde pública, já que está entre as quatro maiores causas de morte nos países desenvolvidos e é responsável por grande parcela das incapacidades e distúrbios neurológicos permanentes no mundo inteiro (ROWLAND e MERRITT, 2002). No Brasil, constitui a terceira causa de óbitos entre as patologias clínicas e a segunda mais freqüente causa de morbidade entre as doenças neurológicas (MENDONÇA et al., 2008), correspondendo acima de 80% das internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (FALCÃO et al., 2004).

Segundo Souza (2003), o AVE é definido por distúrbios focais ou globais da função cerebral, sem nenhuma causa aparente senão de origem vascular. De acordo com Nitrini e Bacheschi (2005), o AVE é sugerido quando o indivíduo apresenta quadro agudo de depressão do nível de consciência e/ou déficits motores.

Do ponto de vista fisiopatológico, o AVE apresenta-se de duas formas: AVE isquêmico (AVEi) ou AVE hemorrágico (AVEh). O AVEi pode decorrer de ateromas em artérias ou de êmbolos secundários que são transportados do coração ou dos vasos periféricos, correspondendo a 80% dos casos (ADAMS JR et al., 1993). Pode ser temporário, conhecido como Ataque Isquêmico Transitório (AIT), que ocorre em minutos e provoca sintomas que desaparecem em algumas horas; ou permanente (RADANOVIC, 2000; MOTTA et al., 2008). O AVEh corresponde a 20% dos casos e resulta do extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC), levando a privação de oxigênio para os neurônios e morte neuronal (ARING e MERRIT, 1935 *apud* CHAVES, 2000).

O quadro clínico do AVE pode ser dividido em agudo e crônico. A fase que compreende de três a quatro meses após o AVE constitui a fase aguda ou flácida, de natureza transitória, caracterizada por perda dos movimentos voluntários, com hipotonia e arreflexia (ANDRÉ, 2005; DORETTO, 2006). A fase crônica ocorre cerca de seis meses após o episódio, sendo caracterizada pela hipertonia do tipo espástica, resultante da exacerbação dos reflexos profundos, causada pela hiperexcitabilidade dos reflexos miotáticos fásicos, e do aumento do tônus muscular (DORETTO, 2006; FELICE e SANTANA, 2009).

A hemiparesia ou hemiplegia no hemicorpo contralateral à lesão são consideradas um sinal clássico, havendo também comprometimentos na coordenação dos movimentos e equilíbrio corporal, perdas sensoriais, fraqueza muscular, ajustes posturais deficitários, movimentos sinérgicos anormais e limitação na realização das atividades básicas da vida diária (ABVD's) (CACHO, 2004), culminando na deterioração da função física. Todavia, déficits nas funções cognitiva, perceptiva, emocional, visual e de continência também podem estar associados à patologia cuja severidade do quadro clínico dependerá da área e da extensão da lesão (SHARP, 1996). Nitrini e Bacheschi (2003) relataram a existência da relação entre o tamanho da área de penumbra e a extensão da lesão, o que influencia o prognóstico e a recuperação funcional.

Outro aspecto importante do comprometimento clínico do AVE são as limitações físicas impostas pelo próprio ambiente em que se encontram. A análise e os debates sobre as teorias para explicar a funcionalidade e a incapacidade podem ajudar na concepção de

indicadores de saúde mais específicos, direcionados para as conseqüências de cada caso (SAMPAIO e LUZ, 2009). A informação precisa acerca do diagnóstico somada à funcionalidade no leito fornece melhor prognóstico sobre os indivíduos internados (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Como o indivíduo que sofre AVE possui alterações do metabolismo cerebral, ventilatória e neurofuncionais, é considerado um paciente neurocrítico, devendo receber assistência em uma Unidade de AVE ou UTI, nos hospitais em que a unidade específica ainda não existe (MARTINS, 2006).

Os estudos em terapia intensiva, no que se referem à evolução e prognóstico do paciente crítico, aumentaram em quantidade e acurácia (BERTOLINI et al., 1998). A diminuição no tempo de permanência na UTI e a redução dos casos de mortalidade por patologias específicas têm sido referidos como padrões ouro na qualidade e eficiência do tratamento intensivo, além de reduzir os altos custos diários que tornam onerosa a manutenção por tempo prolongado na unidade (HALLAHAN et al., 2000).

A UTI é referência máxima de assistência e cuidados centrada na reabilitação do indivíduo com problemas de saúde de alto risco, que podem evoluir para óbito (PINHO et al., 2007). Trata-se de um ambiente fechado, de alta complexidade e inflexível, contudo, é o local onde se encontram os recursos tecnológicos essenciais a sobrevivência dos pacientes e à resolutividade do problema de base (OLIVEIRA et al., 2003). É caracterizada pelo tratamento invasivo e pela despersonalização do ser, já que o indivíduo se encontra fora de seu ambiente familiar, social e profissional (GUIRARDELLO et al., 1999).

Essa abordagem de tratamento intensivo surgiu a partir da necessidade de aperfeiçoamento, especificidade e concentração de recursos materiais e humanos para propiciar um acompanhamento e intervenção ideais, proporcionando maiores chances de recuperação e proteção sobre o risco de morte (CASTRO, 1990; LIMA, 1993).

Os sistemas preditivos utilizados atualmente em terapia intensiva primam pela probabilidade de morte e grau de disfunção orgânica, avaliados por índices de gravidade. Os resultados são quantificados e descritos em números fixos que refletem o quadro clínico (TERZI et al., 2002). Contudo, torna-se imprescindível o uso de parâmetros que avaliem características funcionais relacionadas ao estado de morbidade que sejam capazes de mensurar a funcionalidade e o prognóstico global de cada enfermo.

Observa-se a necessidade de uma investigação fidedigna que reflita com clareza o grau de disfunção e/ou incapacidade do indivíduo afetado, assim, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) possui características básicas de função,

estrutura do corpo, atividades de participação e fatores ambientais reunidas numa única fonte de medida e possui também a sensibilidade de observar o perfil do paciente e não apenas a doença nos seus aspectos biomédicos, focando o paciente e não o processo saúde-doença (OMS, 2003).

Do ponto de vista cinético-funcional, o fisioterapeuta tornou-se um profissional imprescindível na reabilitação de pacientes críticos, na terapia intensiva. Aliado a uma equipe multidisciplinar, a fisioterapia fornece suporte ao tratamento das afecções graves que carregam consigo disfunções e incapacidades relacionadas ao movimento, como também problemas cardiorrespiratórios de alta significância para a sobrevivência desses pacientes (AZEREDO, 2002).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa do tipo transversal, de caráter descritiva com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 21 pacientes de ambos os gêneros, maiores de 18 anos, acometidos por AVE e assistidos na UTI do Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande – PB, no período de março a setembro de 2011.

Para coleta de dados, utilizou-se a Ficha de avaliação sócio demográfica e clínica, que constou do gênero, idade e estado civil, diagnóstico clínico de admissão na UTI, dimensão afetada, tipo de AVE, número de AVE's sofridos, frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e pressão arterial média (PAM), calculada através da equação: $\text{pressão sistólica} + 2 (\text{pressão diastólica}) / 3$.

Outro instrumento utilizado foi a CIF, que engloba os aspectos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar e descreve-os em termos de domínios de saúde e domínios relacionados com a saúde, proporcionando uma linguagem unificada e padronizada. Para tal, organiza a informação em duas partes: (1) Funcionalidade e Incapacidade; e (2) Fatores Contextuais. A Funcionalidade e Incapacidade é composta pelos componentes Corpo, que aborda as funções dos sistemas orgânicos e das estruturas do corpo, e Atividades e Participação, referente aos aspectos de Funcionalidade. Já os Fatores Contextuais são compostos pelos Fatores Ambientais, com impacto sobre os componentes da funcionalidade e da incapacidade, e pelos Fatores Pessoais, que não estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos.

A CIF corresponde a uma classificação hierarquizada, que utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras b, s, d, e são utilizadas para indicar, respectivamente, funções

do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. Estas letras são seguidas por um código que começa com o número do capítulo, seguido pelo segundo, terceiro e quarto níveis. Estes níveis existem porque categorias mais amplas podem ter subcategorias mais detalhadas. Os códigos só estão completos com a presença do qualificador, que indica a magnitude do nível de saúde, sendo representados por um ou mais números, colocados após o código e separados por um ponto (OMS, 2003).

O procedimento de coleta de dados foi dividido em etapas, para melhor organização das atividades a serem executadas:

Etapa I: Listagem dos indivíduos assistidos na UTI que possuíam diagnóstico clínico de AVE;

Etapa II: Contato com o responsável pelo paciente para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

Etapa III: aplicação dos instrumentos previamente selecionados.

Os dados foram expressos em frequência, percentil, média e desvio padrão da média através do *software GraphPad Prism 4.0* (MOTULSKY, 2003). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB com número de registro 0128.0.133.000-11 e os responsáveis pelos pacientes participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em concordância com a participação e realização da mesma. Foi solicitada, também, aos diretores da instituição envolvida, através de uma Carta de Anuência, a autorização para realização da pesquisa nas dependências da mesma.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Relacionado às características sócio-demográficas e clínicas (Tabela 1), a amostra foi composta por 52,4% de homens com idade média de $67,6 \pm 11,9$ anos; e 47,6% de mulheres com idade média de $71,4 \pm 8,6$ anos. Da mesma forma, Cabral et al. (1997), Rodrigues et al. (2004) e Pinto et al. (2010) encontraram predominância do AVE em indivíduos do gênero masculino, com idade entre 60 e 79 anos.

Quanto ao estado civil dos indivíduos, 42,8% eram casados, 33,3% solteiros, 23,9% viúvos e 0% divorciados. Dados similares foram observados nos estudos de Falcão et al. (2004), Cordini et al. (2005) e Polese et al. (2008), onde concluíram que a maioria dos indivíduos acometidos de AVE eram casados ou possuíam união estável.

Com relação às características clínicas, verificou-se que 61,9% dos indivíduos apresentaram o dimídio direito afetado e 38,1%, o dimídio esquerdo. Quanto ao tipo de AVE, 57,2% tiveram AVEh e 42,8% AVEi. Rodrigues et al. (2004), Mazzola et al. (2007), Polese et al. (2008) e o Ministério da Saúde (2010) observaram que a maior parte dos AVEs são do tipo isquêmico, sendo o dimídio direito mais afetado. Os resultados obtidos nesse estudo corroboram parcialmente com os encontrados na literatura, uma vez que o AVEh mostrou-se predominante nessa amostra, possivelmente pelo reduzido número de indivíduos ou pela pesquisa ter sido realizada em uma UTI, local que assiste quadros patológicos mais severos, como o AVEh. A amostra apresentou, ainda, taxa de 33,3% de AVE recorrente, corroborando com Antônio et al. (2007) e Radanovic et al. (2000), que evidenciaram recorrência do AVE em 27,1% e 29,8% da amostra, respectivamente.

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico e clínico de indivíduos acometidos por AVE assistidos em uma UTI.

Variáveis	Valor Relativo (%)
Gênero	
Masculino	52,4
Feminino	47,6
Estado Civil	
Casado	42,8
Solteiro	33,3
Viúvo	23,9
Dimídio afetado	
Direito	61,9
Esquerdo	38,1
Tipo de AVE	
AVEh	57,2
AVEi	42,8
Recorrência	33,3

(n= 21)

Outro aspecto clínico observado foram os sinais vitais dos indivíduos acometidos de AVE, onde evidenciou-se padrões dentro da normalidade (Tabela 2). Similarmente, de acordo com Sarmiento (2007), os valores de referência para os sinais vitais do adulto são: FC variando entre 60 e 100 batimentos por minuto, FR entre 12 e 20 respirações por minuto,

pressão arterial sistólica entre 90 e 140 mmHg e a pressão arterial diastólica entre 95 e 60 mmHg, obtendo-se PAM de 70 a 110 mmHg.

Tabela 2 – Perfil dos sinais vitais de indivíduos acometidos por AVE assistidos em uma UTI.

Variáveis	Média±d.p.m.	Valores	
		Mínimo	Máximo
FC	95,9±20,3	55	127
FR	18,1±6,2	12	30
PAM	93,1±19,8	56,6	130,3

(n= 21)

No tocante ao modo ventilatório utilizado nos indivíduos acometidos de AVE, verificou-se que 70,1% apresentaram ventilação mecânica invasiva (VMI) orotraqueal, seguida de 19,1% de traqueostomia (Tabela 3). De acordo com Carvalho et al. (2007), no III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, o AVE recebe indicação de VMI por predispor o organismo à falência mecânica do aparelho respiratório, impedindo valores adequados de O₂ e CO₂ sanguíneos. Já a traqueostomia deve ser realizada em indivíduos sob VMI por período prolongado, a fim de diminuir a ocorrência de infecções e facilitar a limpeza da árvore brônquica.

Tabela 3 – Caracterização do modo ventilatório de indivíduos acometidos por AVE assistidos em uma UTI.

Tipo de Ventilação	Valores	
	Absoluto	Relativo (%)
VMI orotraqueal	15	70,1
VMI traqueostomia	4	19,1
Suporte de O ₂	1	5,4
Espontânea	1	5,4

(n= 21)

No que diz respeito aos fatores de risco associados ao AVE, observou-se que 90,4% dos indivíduos apresentaram DCVs, seguidos por 66,6% de tabagistas e 52,3% de obesos (Gráfico 1). Estudos de Rodrigues et al. (2004), Cordini et al. (2005), Mazzola et al. (2007) e Pinto et al. (2010), também encontraram a HAS, subclasse das DCVs, como principal fator de risco para o AVE, aumentando entre seis e sete vezes o risco de o indivíduo hipertenso sofrer um AVE em relação à população sadia (NITRINI e BACHESCHI, 2005).

Segundo Chaves (2000), o tabagismo contribui de forma independente para a incidência de AVE, com maior risco para hemorragia subaracnóidea e infarto cerebral. Entretanto, quando associado à HAS, o risco é potencializado. Rodrigues et al. (2004) encontraram 54% de 71 indivíduos acometidos de AVE sendo tabagista. Concomitantemente,

André (2005) e Chaves (2000) afirmaram que os indivíduos diabéticos têm duas vezes mais chances de desenvolver DCbVs que indivíduos saudáveis, devido a hemodinâmica cerebral, a hiperglicemia e a associação com outros fatores de risco.

Os fatores de risco modificáveis devem ser tratados, a fim de diminuir a ocorrência dessa patologia. O setor de saúde deve estar apto para realizar terapia anti-hipertensiva associada a programas de orientação e prevenção para os riscos e consequências do AVE (FALCÃO et al., 2004; ROSA et al., 2006).

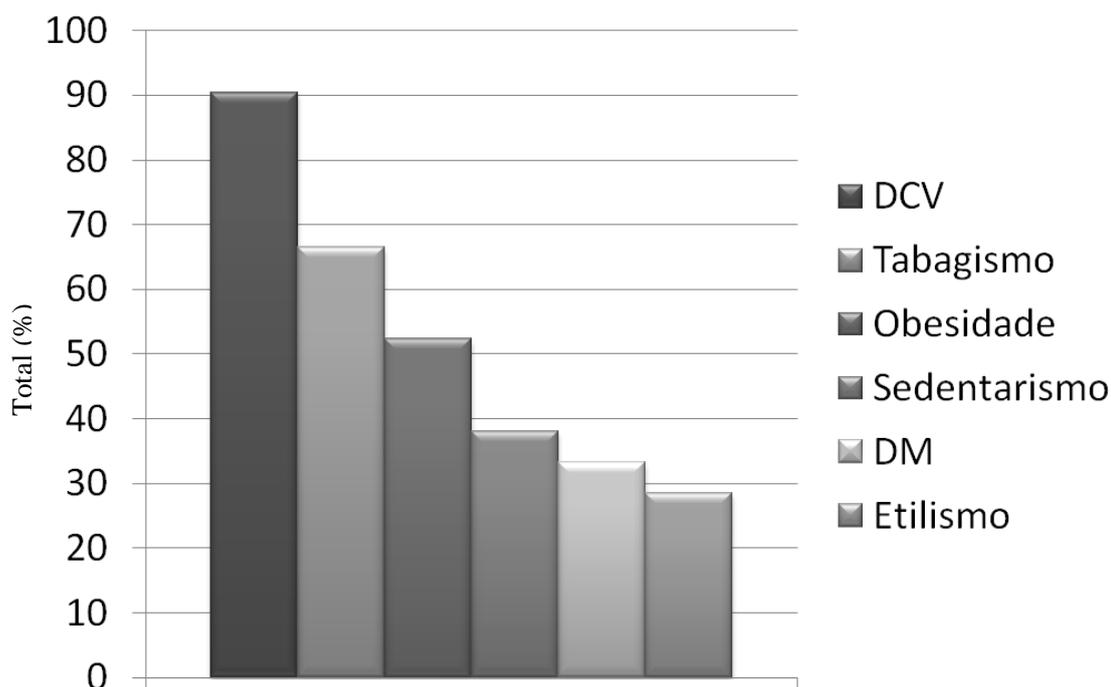


Gráfico 1 – Fatores de risco de indivíduos acometidos de AVE assistidos em uma UTI.

Relacionado à funcionalidade, a avaliação através da CIF iniciou-se pela categoria funções da consciência (b110), onde 81,0% da amostra encontrava-se em sedação, a fim de reduzir o fluxo sanguíneo cerebral para melhorar a perfusão do oxigênio local e como medida de proteção para a hipertensão intracraniana. Segundo Slullitel e Sousa (1998), os indivíduos assistidos na UTI necessitam desse procedimento para evoluir no tratamento com objetivos de adaptação à ventilação mecânica, controle da hipertensão intracraniana, promoção de tranquilidade e conforto para regular o metabolismo e o sono. Os outros 19,0% apresentaram deficiência moderada ou grave quanto ao nível e qualidade de consciência e imprecisão da orientação mental em relação ao tempo, lugar e pessoas do seu ambiente imediato.

Quanto ao domínio das funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento (b7), 38,0% dos indivíduos apresentaram deficiência completa para a subcategoria mobilidade de várias articulações (b7101), 43,0% apresentaram deficiência moderada para a subcategoria estabilidade de várias articulações (b7151), 52,0% e 47,0% tiveram deficiência grave para força (b7302) e tônus dos músculos de um lado do corpo (b7352) respectivamente, causados pela hemiparesia secundária ao AVE (Tabela 4).

De acordo com Umphred (2004), a recuperação após AVE se dá em estágios, com uma sequencia estereotipada de eventos em que, inicialmente, os movimentos voluntários são mínimos e há uma flacidez evidente que impede a capacidade de tensão da musculatura esquelética, resultando na produção de força insuficiente para a realização de movimentos voluntários. O'Sullivan e Schmitz (2010) descreveram que a fase inicial de recuperação do AVE se dá de forma flácida, justificando a diminuição do tônus, ainda na fase hospitalar pela recente instalação do quadro clínico.

Tabela 4 – Análise das Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento (b7), de acordo com a CIF, em indivíduos acometidos de AVE assistidos em uma UTI.

Subcategoria	Qualificadores				
	0	1	2	3	4
Mobilidade de várias articulações (b7101)	0,0	14,0	19,0	28,0	38,0
Estabilidade de várias articulações (b7151)	0,0	19,0	43,0	28,0	10,0
Força de músculos de um lado do corpo (b7302)	0,0	10,0	14,0	52,0	24,0
Tônus dos músculos de um lado do corpo (b7352)	0,0	10,0	19,0	47,0	24,0

(n=21). *0 – Nenhuma deficiência; 1- leve; 2- moderada; 3- grave; 4- completa. Os valores foram expressos em porcentagem.

No que diz respeito à avaliação do domínio mobilidade (d4), 71,0% da amostra apresentaram deficiência completa para a subcategoria deitar-se (d4100), mantendo-se prostrada. Da mesma forma, 57,0% da amostra mostraram deficiência completa para a subcategoria auto transferir-se na posição de deitado (d4201) (Tabela 5). Estudo semelhante de Costa et al. (2010), investigando a mobilidade prejudicada através de uma visão da enfermagem, observou que com o processo de estagnação no leito ocorre dificuldade para

virar-se ou executar qualquer movimento dissociado sem ajuda externa, provocado também pelo déficit motor oriundo do AVE.

Segundo Carpenito (2000), a mobilidade física está prejudicada quando o indivíduo apresenta limitações para o movimento sem estar, no entanto, imobilizado. As atividades terapêuticas no âmbito da UTI provocam restrições efetivas para os pacientes, em função da acomodação e disposição de aparelhagem de tratamento e monitoramento dos mesmos. Contudo, a falta de estímulos físicos é capaz de retardar ou estagnar a evolução motora, repercutindo em pior prognóstico funcional.

Tabela 5 - Análise da Mobilidade (d4), de acordo com a CIF, em indivíduos acometidos de AVE assistido em uma UTI.

Subcategorias	Qualificadores				
	0	1	2	3	4
Deitar-se (d4100)	0,0	0,0	10,0	19,0	71,0
Auto transferir-se na posição de deitado (d4201)	0,0	10,0	14,0	19,0	57,0

(n=21). *0 – Nenhuma deficiência; 1- leve; 2- moderada; 3- grave; 4- completa. Os valores foram expressos em porcentagem.

5 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos é possível sugerir que os indivíduos acometidos de AVE assistidos em uma UTI apresentaram:

- Predomínio do gênero masculino, casados, sexagenários;
- O dimídio direito mais acometido, o AVEh e a VMI orotraqueal mais incidentes;
- Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade devido à assistência intensiva ;
- DCV, tabagismo e obesidade como principais fatores de risco;
- Déficit das funções da consciência, sobretudo pelo uso de sedativos;
- Alterações da funcionalidade, caracterizadas pelo declínio da mobilidade de várias articulações e para deitar-se.

O pequeno número da amostra e a falta de estudos sobre a funcionalidade de indivíduos assistidos em uma UTI tornaram-se obstáculos para o desenvolvimento dessa

pesquisa e discussão dos resultados obtidos. Desse modo, sugere-se a elaboração de novos estudos a fim de obter amostra mais representativa.

ABSTRACT

Introduction: Stroke corresponds to neurological deficit due to disorder in the cerebral circulation and may result in changes sensorimotor and cognitive abilities, especially for being the disorder that is more prevalent in the Critical Care Unit. **Aim:** To characterize the socio-demographic and clinical risk factors and identify and investigate functional capacity of individuals affected by stroke assisted in the Critical Care Unit. **Materials and Methods:** It's a cross-sectional study with a descriptive character and qualitative and quantitative approach, consisting of 21 individuals affected by stroke and assisted in the ICU of the Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, in the city of Campina Grande - PB, from March to September 2011. Were used as evaluation tools a socio-demographic and clinical form and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Data were analyzed and expressed in frequency, percentile, mean and standard deviation using the software GraphPad Prism 4.0. **Results:** It was observed that the sample was mainly composed by men with 52.4%, mean age 67.6 ± 11.9 years, 42.8% are married. The clinical data, was 57.2% affected by hemorrhagic stroke, 61.9% had the right hemibody affected and 90.4% had cardiovascular diseases as a risk factor. As to functionality, 81% were sedated, 38% had complete deficiency to mobilize several joints and 71% to lie down on. **Conclusion:** Based on the results, it is possible to suggest that individuals affected by stroke assisted in an Critical Care Unit are mostly men in their sixties, married, with hemorrhagic stroke, right hemibody affected carriers cardiovascular diseases and severe functional deficits.

KEYWORDS: Funcionalidade. Stroke. Critical Care Unit.

REFERÊNCIAS

ADAMS JR, H. P.; BENDIXEN, B. H.; KAPALLE, L. J.; BILLER, J.; LOVE, B. B.; GORDON, D. L.; MARSH, E. E. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. *Stroke*, vol. 24, n. 1, pp. 35-41, 1993.

ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. 2ª ed, Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

ANTÔNIO, M.; FIGUEIREDO, M. M.; ROCHA, O. D.; FERNANDES, M. A. F.; JERONIMO, S. M. B.; DOURADO JR, M. E. Frequência dos tipos de acidente vascular cerebral em um hospital de emergência em Natal, Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, vol.65, n.4, 2007.

AZEREDO, C.A.C. **Fisioterapia Respiratória Moderna**. 4ª Ed. São Paulo: Manole, 2002.

BERTOLINI, G.; RIPAMONTI, D.; CATTANEO, A.; APOLONE, G. Pediatric risk of mortality: an assessment of its performance in a sample of 26 Italian intensive care units. *Critical Care Medicine*, 1998.

CABRAL, N. L.; LONGO, A.L.; MORO, C. H. M.; KISS, H. C. Epidemiologia dos acidentes cerebrovasculares em Joinville, Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, v. 55, p.357-63, 1997.

CACHO, E.W.A; MELO, F.R.; OLIVEIRA,R. Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fulg-Meyer. *Revista de Neurociências*, vol. 12, 2004.

CARVALHO, C. R. R.; TOUFEN JR, C.; FRANÇA, S. A. III Consenso Brasileiro De Ventilação Mecânica. Ventilação Mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol. 33, n.5, p. 54-70, 2007.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem**: aplicação clínica. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CASTRO, D.S. Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise fenomenológica. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1990.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol. 7, n. 4, 2000.

CORDINI, K. L.; ODA, E. Y.; FURLANETTO, L. M. Qualidade de vida de pacientes com história prévia de acidente vascular encefálico: observação de casos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 54, n. 4, p. 312-317, 2005.

COSTA, A.G.S.; OLIVEIRA, A.R.S.; ALVES, F.E.C.; CHAVES, D.B.R.; MOREIRA, R.P.; ARAUJO, T.L. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista da Escola de Enfermagem**, v.44, n.3, p.753-758, 2010.

CURIONI, C. C. **Redução de peso na prevenção primária de acidente vascular cerebral**. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

DORRETO, D. **Fisiopatologia Clínica do Sistema Nervoso**: fundamentos da semiologia. 2ª ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

FALCÃO, I.V.; CARVALHO, E.M.F.; BARRETO, K.M.L.; LESSA, F.J.D.; LEITE, V.M.M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol. 4, n. 1. pp.95-101, 2004.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 8, n.2, pp. 187-93, 2005.

FELICE, T. D.; SANTANA, L. R. Recursos Fisioterapêuticos (Crioterapia e Termoterapia) na espasticidade: uma revisão de literatura. **Revista de Neurociências**, vol. 17, n. 1, pp. 57-62, 2009.

GUIRARDELLO, E. B.; ROMERO-GABRIEL, C. A. A.; PEREIRA, I. C.; MIRANDA, A. F. A percepção do paciente sob sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem**, vol. 33, n. 2, p. 123-129, 1999.

HALLAHAN, A. R.; SHAW, P. J.; ROWELL, G.; O'CONNELL, A.; SCHELL, D.; GILLIS, J. Improved outcomes of children with malignancy admitted to a pediatric intensive care unit. **Critical Care Medicine**, vol. 28, n.37, pp.18-21, 2000.

KAISER, S. E. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 11-18, 2004.

LIMA, M. G. Assistência prestada pelo enfermeiro em unidades de terapia intensiva: aspectos afetivos e relacionais. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1993.

MARTINS, S. C. O. Protocolo de atendimento do AVC isquêmico agudo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, n. 7. p.1-5 , 2006.

MAZZOLA, D.; POLESE, J. C.; SCHUSTER, R. C.; OLIVEIRA, S. G. 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**, vol. 20, n. 1. pp. 22-27, 2007.

MENDONÇA, F. F. Cuidador familiar de seqüelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. **Physis**. vol.18, n.1. Rio de Janeiro. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2009**: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.

MOTTA, E.; NATALIO, M. A.; WALTRICK, P. T. Intervenção fisioterapêutica e tempo de internação em pacientes com Acidente Vascular Encefálica. **Revista de Neurociências**, vol. 16, n. 2, pp. 118-123, 2008.

MOTULSKY, H. **GraphPad Prism: Version 4.0 user's guide**: clearly the fastest, easiest way to organize, analyze and graph scientific data. GraphPad Software, pp. 176, 2003.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A neurologia que todo médico deve saber**. 2ª ed. São Paulo: Editora Ateneu, 2005. 490p.

OLIVEIRA, F. P. T.; SANTOS, G. S.; SILVA, L. S. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Nursing**, vol. 6, n. 60, pp. 37-42, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Edusp; 2003.

O'SULLIVAN, S.B.; SCHMITZ ,T.J. **Fisioterapia**: avaliação e tratamento. 5ª ed. Rio de Janeiro: Manole, 2010.

PINHO, I.C.; SIQUEIRA, J.C.B.A.; PINHO, L.M.O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 42 – 51, 2006.

PINTO, I.V.; LOPESI, J.S.; PESSANHA, L.S.R.; SOARES, E.V. Ocorrência de acidente vascular encefálico em um hospital público em Campos dos Goytacazes. **Perspectivas online**, vol. 4, n. 13, 2010.

POLESE, J.C.; TONIAL. A.; JUNG, F.K.; MAZUCO, R.; OLIVEIRA, S.G.; SCHUSTER, R.C. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista de Neurociências**, vol.16, n.3, p. 175-178, 2008.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular encefálico em hospital secundário. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, vol. 58, n. 1, 99. 99-106, 2000.

RODRIGUES, J. E.; SÁ, M. S.; ALOUCHE, S. R. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. **Revista Neurociências**, v.12, n.3, p.117-122, 2004.

ROSA, C. M.; COUTINHO, K. S.; DOMINGUES, M. F.; MOURA, D. S. A prevalência de acidente vascular cerebral (AVC) no pós-operatório de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, vol, 19, n. 1, pp. 25-34, 2003.

ROWLAND, L. P.; MERRIT. **Tratado de Neurologia**. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, vol.25, n.3, pp.475-83, Rio de Janeiro, 2009.

SARMENTO, G. J. V. **Fisioterapia Respiratória no paciente crítico: Rotinas clínicas**. 2ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

SHARP, A. S. **Isokinetic strength training of the knee in persons with chronic hemiplegia: effects on function and spasticity**. MsC Thesis. Queen's University, Kingston, Canada, 1996.

SLULLITEL, A.; SOUSA, A. M. Analgesia, Sedação e Bloqueio Neuromuscular em UTI **Simpósio em Medicina Intensiva**, v.31, p.507 – 516, 1998.

SOUZA, S. R. S.; OLIVEIRA, C. A.; MIZUTA, N. A.; SANTOS, M. H. M. R.; MOREIRA, A. P.; FEITOSA, N. L. Reabilitação funcional para membros superiores pós-acidente vascular encefálico. **Revista Fisioterapia**. São Paulo, v.3, n.1-2, p.14-27, 2003.

TERZI, R. G.; GOMEZ, M.I.; ARAÚJO, S.; DRAGOSAVAC, D.; FALCÃO, A. L. E.; MACHADO, H. C. Índices prognósticos em Medicina Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, vol.14, n.1, p.6-21, 2002.

VAZ, D. V.; ALVARENGA, R. F.; MANCINI, M. C.; PINTO, T. P. S.; FURTADO, A. R. C.; TIRADO, M. G. A. Terapia de movimento induzido pela restrição na hemiplegia: um estudo de caso único. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v.15, n.3, p.298-303, São Paulo, 2008.

UMPHRED, D.A. **Reabilitação neurológica**. 4ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2004.