



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO FISIOTERAPIA**

**Luana Karina de Oliveira Figueiredo**

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE INDIVÍDUOS  
ACOMETIDOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA  
UEPB**

**CAMPINA GRANDE – PB  
OUTUBRO/ 2014**

**LUANA KARINA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO**

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE INDIVÍDUOS  
ACOMETIDOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA  
UEPB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, a Banca examinadora do departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa.

CAMPINA GRANDE – PB  
OUTUBRO/ 2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F475c Figueiredo, Luana Karina de Oliveira.

Caracterização do perfil de indivíduos acometidos de acidente vascular cerebral atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB [manuscrito] / Luana Karina de Oliveira Figueiredo. - 2014. 40 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa, Departamento de Fisioterapia".

1. Acidente Vascular Cerebral. 2. Atendimento clínico. 3. Saúde Pública. I. Título.

21. ed. CDD 616.81

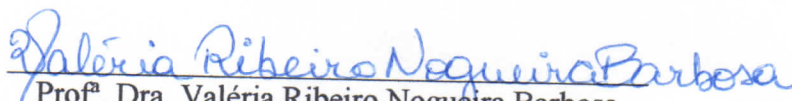
LUANA KARINA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE INDIVÍDUOS  
ACOMETIDOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA  
UEPB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, a Banca examinadora do departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

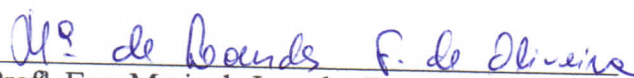
Aprovado em: 30 / 10 / 2014.

Banca Examinadora

  
Prof.<sup>a</sup>. Dra. Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa  
Orientador (a) UEPB

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes.  
Examinador (a) UEPB

  
Prof.<sup>a</sup>. Esp. Maria de Lourdes Fernandes Oliveira  
Examinador (a) UEPB

# CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UEPB

FIGUEIREDO, Luana Karina de Oliveira<sup>1</sup>

## RESUMO

**Introdução:** De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e descrito pelo Ministério da Saúde do Brasil (2004), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como uma Síndrome clínica com desenvolvimento rápido de sinais clínicos de perturbação focal ou global da função cerebral, com possível origem vascular e com mais de 24 horas de duração (STOKES, 2000). Consiste em um importante problema de saúde pública em todo o mundo, com consequências de grande impacto, pois acaba gerando grandes demandas direcionadas aos recursos de diagnóstico, tratamento e reabilitação. **Objetivo:** Caracterizar através de prontuários, o perfil dos usuários acometidos e não acometidos de AVC. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo documental, com análise retrospectiva de prontuários em arquivo de 44 pacientes (22 afetados e 22 não afetados por AVC) atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia - CEF, da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, em Campina Grande, PB, no período de julho de 2013 à junho de 2014. **Resultados:** Observamos que a amostra foi composta predominantemente pelo gênero masculino (59,09%); o gênero feminino apresentou um percentual de 40,91%. A idade média verificada foi de  $59,4 \pm 10,7$  anos; quanto ao estado civil 54,54% eram casados, destes 45,45% apresentaram nível educacional de ensino fundamental incompleto; para os subtipos de AVC: 40,91% Isquêmico e 9,09% Hemorrágico, com seqüela e dimídio constando de 40,91% Hemiparesia direita e 36,36% Hemiparesia esquerda. Os fatores de risco predominantes catalogados incluem um percentual de 45,45% de hipertensão arterial e 27,27% de tabagismo.

**Palavra chave:** Acidente Vascular Cerebral (AVC), Usuários, Atendimento.

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
Email: [luanakarinafigueiredo@gmail.com](mailto:luanakarinafigueiredo@gmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a doença que mais mata os brasileiros, sendo a principal causa de incapacidade no mundo. Aproximadamente 70% das pessoas não retornam ao trabalho após um AVC devido às sequelas e 50% ficam dependentes de outras pessoas no dia a dia. A Organização Mundial de AVC (World Stroke Organization) prevê que uma a cada seis pessoas no mundo terá um Acidente Vascular Encefálico ao longo de sua vida (RAFFIN C. N. 2000).

OS AVCs, além de sua elevada frequência são responsáveis por alta mortalidade e morbidade, condicionando, aos sobreviventes, sequelas incapacitantes pelo resto da vida. É a mais frequente condição neurológica que limita a vida, sendo a 3ª causa global de óbito (TAMAYO A, HACHINSKI V. 2000).

As alterações na função motora podem levar a déficits na coordenação motora, fraqueza muscular específica, hipertonia, ajustes posturais anormais, movimentos sinérgicos anormais e ausência de mobilidade na cintura escapular (UMPHRED, 2004). Logo a perda da capacidade funcional nos indivíduos acometidos de AVC, vai está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas e morte, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (CORDEIRO et AL., 2002).

Devido às incapacidades geradas, os indivíduos acometidos necessitam de um programa multidisciplinar de reabilitação, do qual fará parte o médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo (UMPHRED, 2004). Do ponto de vista Cinético-funcional, o fisioterapeuta tornou-se um profissional imprescindível destes indivíduos, estando assim aliada a uma equipe multidisciplinar a fisioterapia fornece suporte ao tratamento das afecções graves que carregam consigo disfunções e incapacidades relacionadas ao movimento (AZEREDO, 2002). O propósito da reabilitação pós AVC é superar as incapacidades provocadas pelo acidente (PAIS RIBEIRO, 2005).

O tipo de terapia que um paciente com AVC deve receber depende do estado da doença. Existem três níveis de tratamento de AVCs: prevenção, terapia imediatamente após o AVC e reabilitação pós AVC (PAIS RIEBIRO, 2005).

Neste contexto, a Fisioterapia como campo de saber na saúde amplia seu objeto de estudo no que diz respeito à prevenção, tratamento e reabilitação. Partindo desse pressuposto, passa a promover o bem estar individual e coletivo do ser humano, capaz de prevenir e tratar os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistema do corpo humano, gerados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas, exercendo assim, um papel importante na reabilitação do paciente e na sua reinserção no convívio social (HURBAR, M. A. B., 2009).

A relevância em caracterizar o perfil dos usuários acometidos de AVC atendidos na CEF da UEPB está em conhecer as características sócio- demográficas e clínicas o usuário do serviço de Fisioterapia Neurofuncional, quais agravos os acometem, quais as implicações e complicações decorrentes da condição patológica do usuário. Com base nesses conhecimentos é possível caracterizar a prática desenvolvida na assistência adequada e específica que contemple as necessidades do paciente com AVC, respeitando suas peculiaridades e garantindo assim um melhor atendimento.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças cerebrovasculares (DCVs) constituem a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, sendo responsáveis por 9-14,7% dos óbitos na população acima de 30-40 anos. Além disso, observa-se aumento na incidência das DCVs com o avançar da idade, de 100 indivíduos por 100.000 habitantes com idade entre 45-54 anos, para acima de 1.800 indivíduos por 100.000 habitantes com idade superior a 85 anos (PITELLA, 2002).

Dentre as DCVs, destacam-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o qual se deve a um comprometimento na irrigação sanguínea do encéfalo, podendo deixar distúrbios motores unilaterais estereotipados associados às sequelas sensitivas, mentais, perceptivas e/ou na linguagem dependendo do lado do cérebro lesionado (FARIAS. et al. 2010; COSTA, DUARTE, 2002).

A Organização Mundial de Saúde define o AVC como o surgimento agudo de uma disfunção neurológica devido a um comprometimento na circulação cerebral, tendo como resultado sinais e sintomas que correspondem ao comprometimento de áreas focais (ou globais) do cérebro. Para sua classificação, estes déficits devem persistir por pelo menos 24 horas, excluindo-se dessa maneira os Acidentes Isquêmicos Transitórios (AITs), que tem duração entre 10 a 20 minutos (MAZZOLA et al.,2007; NUNES et al.,2005; O’SULLIVAN; SCHMITZ, 2010).

Classifica-se o AVC em dois tipos: isquêmico e hemorrágico. O Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) resulta da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral por embolia ou trombose arterial (RADANOVIC, 1999; LESSA, 1999). No Acidente Vascular Encefálico hemorrágico (AVCh) a causa é a ruptura de pequenas artérias cerebrais que provocam hemorragias intracranianas, as quais são classificadas de acordo com a localização (extradural, subdural, subaracnóide, intracerebral, intraventricular), a natureza do vaso rompido (artéria, capilar, venoso) ou a causa (primária ou espontânea, secundária ou provocada) (ROWLAND, 2007). Casos mais graves podem evoluir com formação de edema cerebral e hipertensão intracraniana ou afetar diretamente estruturas responsáveis pelo controle de funções vitais, respiração, circulação, levando à morte (CURIONI, 2007).



O AVC é uma patologia que afeta cerca de 600 mil pessoas a cada ano, apresentando uma incidência que aumenta espantosamente com a idade e dobra a cada década de vida após os 55 anos (PITELLA et al., 2002). É a segunda causa de mortalidade no mundo chegando à cerca de 4,4 milhões de pessoas, acometendo principalmente indivíduos idosos (PINHEIRO; VIANNA, 2012; GLAGLIARD, 2010). No Brasil é considerada a principal causa de morte, salvo o estado de São Paulo e outras duas capitais, correspondendo a mais de 80% das internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (FALCÃO et al., 2004).

Essa doença acarreta alterações funcionais, gerando sequelas que implicam em algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após o acometimento, com cerca de 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltarem ao trabalho e requerendo algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas (MAZZOLA et al., 2007; BARRETO et al., 2004). Dessa forma, a incapacidade surge como resultado da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, à 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).

Embora após um AVC, normalmente, ocorra certo grau de retorno motor e funcional, muitos sobreviventes apresentam consequências crônicas que são usualmente complexas e heterogêneas, podendo resultar problemas em vários domínios da funcionalidade. Essa funcionalidade se refere à capacidade de realizar atividades do dia-a-dia, seja no aprendizado e aplicação de conhecimentos na mobilidade (manutenção da posição corporal, transferências, deambulação); no autocuidado, vida doméstica, interação interpessoal e social (SCHEPER ET AL, 2007).

O quadro clínico do AVC pode ser dividido em agudo e crônico. A fase que compreende de três a quatro meses após o AVC 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 de seis meses após o episódio, sendo caracterizada pela hipertonia do tipo espástica, resultante de uma exacerbação dos reflexos profundos, causada pela hiperexcitabilidade dos reflexos

miotáticosfásicos, e do aumento do tônus muscular (DORETTO, 2006; FELICE e SANTANA, 2009).

Clinicamente, a lesão manifesta-se de diversas formas. A mais comum é a paralisia (hemiplegia) ou fraqueza (hemiparesia) da metade da face e membros de um lado do corpo, porém outros déficits podem surgir, por exemplo, alterações da fala, sensibilidade, cognição, campo visual e função sexual (FALCÃO et al., 2004). Nunes et al., (2005) colocam que a alteração/déficit na capacidade funcional é uma das consequências mais preocupantes após um AVE, sendo a sua avaliação e definição muito complexa, pois envolve a conjugação de vários fatores comportamentais e motivacionais.

O processo de recuperação está relacionado com vários fatores, entre eles, local e extensão da lesão inicial, idade do paciente, capacidade de atingir uma meta motora relacionada com o movimento funcional, capacidade de o sistema nervoso reorganizar-se (plasticidade), estado pré-morbido do paciente, motivação e atitude do paciente com relação à recuperação (STOKES, 2000).

A reabilitação objetiva reintegrar o indivíduo dentro de um trabalho global, reduzindo as limitações funcionais e, posteriormente, aumentando a reintegração social ou adaptação no ambiente (CALIL et al., 2007), sendo na maioria das vezes um grande desafio. Os esforços para minimizar o impacto e aumentar a recuperação funcional após AVE tem sido ponto importante para os profissionais de reabilitação (CACHO et al., 2004).

A fisioterapia e a terapia ocupacional irão atuar no processo de reabilitação, em longo prazo, possibilitando a reinserção do indivíduo à sociedade e suas atividades diárias (ALMEIDA, 2012).

Segundo CORDINI et al., 2005 a ocorrência do AVE traz consequências negativas, como aumento da dependência para as Atividades de Vida Diária (AVDs), alterações do humor e ruptura na interação social com amigos e família, o que resulta em importante diminuição da qualidade de vida destes indivíduos.

As clínicas-escolas constituem serviços ligados a instituições de ensino superior cujo atendimento à população é realizado por alunos que cursam a especialidade em que é feito o atendimento. No caso dos cursos de Fisioterapia, esse atendimento é realizado por alunos do último ano de graduação, sempre sob a supervisão de um professor fisioterapeuta que tenha, no mínimo, título de especialista (SUDA et al., 2009).

A Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB surgiu para oferecer aos acadêmicos do curso de Fisioterapia a realização das atividades práticas específicas da Fisioterapia, que vão desde a observação até a prática assistida voltada para a atenção básica e de média complexidade.

O Estágio Supervisionado do curso de graduação em Fisioterapia da UEPB aborda conteúdos curriculares diversificados, oferecendo atenção desde o nível de atenção primário da saúde até o terciário, recursos terapêuticos e áreas da saúde, dentre os quais se podem citar: Ortopedia e Traumatologia, Neurologia (adulto e pediátrico) Cardiologia e Pneumologia, Saúde pública e Fisioterapia Uroginecologia e obstetrícia, de acordo com as Diretrizes Curriculares para o curso de graduação em Fisioterapia, assegurando uma formação generalista, segundo dados do Ministério da Educação 2002.

Logo, o estágio curricular supervisionado é um procedimento didático-pedagógico que tem como objetivo básico desenvolver o sentido de autonomia e de responsabilidade profissional, além de complementar a formação do discente com treinamento prático em situação real, que ao mesmo tempo é educativo e formativo e de prestação de serviço à comunidade em geral (RODRIGUES., 2000; GAIAD., 2005).

Neste contexto, a Fisioterapia como campo de saber na saúde amplia sua visão de estudo no que diz respeito à prevenção, tratamento e reabilitação. Partindo desse pressuposto, passa a promover o bem estar individual e coletivo do ser humano, capaz de prevenir e tratar os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistema do corpo humano, gerados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas, exercendo assim, um papel importante na reabilitação do paciente e na sua reinserção no convívio social (HURBAR, M. A. B., 2009).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Amostragem**

Esta pesquisa trata-se de um estudo quantitativo, documental com análise retrospectiva de prontuários em arquivo de indivíduos com e sem Acidente Vascular Cerebral (AVC) de ambos os gêneros, maiores de 18 anos, atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia - CEF, da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, em Campina Grande, PB, no período de Agosto a setembro de 2014.

Esta pesquisa constou de 44 prontuários, destes 22 são referentes aos participantes do projeto GAIPH (Grupo de Apoio Interdisciplinar ao Paciente Hemiparético) e 22 prontuários foram de usuários sem AVC atendidos no setor de Fisioterapia Neurofuncional da CEF pareados por gênero e idade atendidos de Julho de 2013 à Junho de 2014.

Neste estudo foram incluídos de forma aleatória, para o grupo controle, prontuários que constavam idade a partir 18 anos, não tendo diagnóstico clínico de AVC, do grupo de risco todos os prontuários de participantes do GAIPH com diagnóstico clínico de AVC e ficha de avaliação com data a partir de julho de 2013 à junho de 2014. Foram excluídos todos os prontuários que não possuíam ficha de avaliação.

#### **3.2 Instrumentos para a coleta de dados**

Para a realização desta pesquisa, foi utilizado um Roteiro para coleta de dados em arquivos, que foi elaborado e transformado em tabelas, com o propósito de coletar características do perfil dos usuários acometidos de AVC, através dos prontuários de pacientes com e sem AVC atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB.

O Roteiro em tabela para Coleta do Grupo Amostra GAIPH, consiste de 17 itens tais quais: Nº de prontuário, idade, gênero, estado civil, naturalidade, ocupação anterior

e ocupação atual, tipo de AVC, nº de episódios, fatores de risco, sequela, locomoção, linguagem, estado de consciência, tônus, nível educacional e atividades funcionais. O Roteiro para Coleta de Dados do Grupo Controle (Usuários sem diagnóstico de AVC atendidos no setor de Fisioterapia neurofuncional) continham 16 itens: nº do prontuário, idade, gênero, estado civil, naturalidade, ocupação anterior, ocupação atual, patologia, fatores de risco, sequela, locomoção, linguagem, estado de consciência, tônus, nível educacional e atividades funcionais.

Este instrumento foi elaborado com o intuito de catalogar os dados de identificação e exame físico presentes nos prontuários e assim poder caracterizar o perfil dos pacientes com e sem AVC da CEF da UEPB. Também foi utilizada a tabela de números aleatórios a qual serviu para escolher de forma aleatória os prontuários que enumerados entrariam para a amostra desta pesquisa.

### **3.3 Procedimentos para a coleta de dados**

#### **3.3.1 Triagem e catalogação dos dados da Amostra**

Inicialmente foi realizada uma triagem de todos os prontuários que constavam no GAIPH considerado amostra, logo foram excluídos os prontuários que não constavam de ficha de avaliação ou que continham apenas avaliações anteriores a julho de 2013 ou posteriores a junho de 2014 os demais foram incluídos na pesquisa, enumerados de forma aleatória, constando um total de 22 fichas, e com o roteiro em forma de tabela no Excel foram catalogados os dados referentes à identificação e exame físico.

#### **3.3.2 Triagem e catalogação dos dados do Grupo Controle**

Agora já tendo sido realizada a triagem da amostra, foi realizada a coleta de dados dos prontuários do grupo controle, este constando de todos os usuários atendidos no setor de Fisioterapia Neurofuncional da CEF, assim todos os prontuários dos

usuários atendidos no horário da tarde, com estes inicialmente foi observada os critérios de inclusão e exclusão, logo foram excluídos prontuários que não continham: ficha de avaliação dos usuários, prontuário de crianças e jovens com idade inferior a dezoito anos de idade, com diagnóstico de AVC, e com avaliações anteriores a julho de 2013 e posteriores a junho de 2014.

Após análise dos critérios de inclusão e exclusão observados em cada prontuário, os que foram aprovados através dos critérios de inclusão foram enumerados de um a vinte e cinco, após foram separados em montantes de dez em dez e através da tabela de números aleatórios que foram escolhidos dos prontuários para entrarem nesta pesquisa, num total de 14 prontuários incluídos, após escolhidos os dados de cada prontuário foram catalogados no roteiro no formato de tabela, o mesmo foi realizado com todos os prontuários dos pacientes atendidos em Fisioterapia neurofuncional do horário da manhã, após adotar os critérios de inclusão e exclusão havia um total de 25 prontuários dentre estes ainda foi realizada a escolha aleatória dos mesmos, o que constou no final uma amostra de 8 prontuários de pacientes atendidos no horário da manhã. Obtivemos um total de 22 prontuários para o grupo controle, inclusos nesta pesquisa.

### **3.4 Processamento e Análise dos dados**

As variáveis numéricas como idade, foram apresentadas sob a forma de média e desvio padrão, e as variáveis categóricas, gênero, estado civil, fatores de risco, sequelas, ocupação anterior e ocupação atual, nível educacional e as atividades funcionais foram distribuídas em percentual. Estatísticas realizadas no Microsoft Office Excel 2007.

### **3.5 Aspectos Éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o protocolo de registro nº 338434414.7.0000.5187. Foi realizado com base nas diretrizes e normas da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde/ Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEP/10/2001 que rege e disciplina esse CEP.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Distribuição sócio - demográfica segundo gênero e idade dos indivíduos acometidos e não acometidos de AVC

Após análise dos dados, foi possível verificar que dos indivíduos acometidos de AVC (22 prontuários do GAIPH), o gênero mais predominante foi o masculino constando 59,09% dos casos, já o gênero feminino constou de 40,91% dos casos, com variação de idade entre 29 e 72 anos, com média de  $59,4 \pm 10,7$  anos. Quando em comparação com o grupo controle (22 prontuário de indivíduos sem AVC) foi observado que também houve predominância quanto ao gênero masculino apresentando valores de 72,73% dos casos, com uma variação de idade entre 20 e 69 anos e com idade média de  $46,7 \pm 17,5$  anos. (Tabela 1). Da mesma forma os estudos de CABRAL et al.(1997), RODRIGO et al.(2004) e PINTO et al.(2010) verificaram predominância do AVC em indivíduos do gênero masculino com idade entre 60 e 79 anos.

**Tabela 1 – Caracterização sócio - demográfica segundo gênero e idade (anos) dos indivíduos acometidos e não acometidos de AVC.**

Dados		Com AVC	Sem AVC
Idade (anos)	Amplitude	29 a 72	20 a 69
	Média $\pm$ DP	$59,4 \pm 10,7$	$46,7 \pm 17,5$
Gênero	Masculino	13 (59,09%)	16 (72,73%)
	Feminino	9 (40,91%)	6 (27,27%)

**Fonte: Dados da pesquisa Campina Grande – PB, 2014.**

Dando continuidade aos dados sócio - demográfico, relacionado ao estado civil, observou-se que 54,54% eram casados, 13,64% solteiros, 18,18% viúvos e 13,64% eram divorciados. Estudos de FALCÃO et al. (2004), CORDINI et al. (2005) e POLESE et al.(2008) corroboram com esta pesquisa visto que apresentaram dados similares onde concluíram que a maioria dos indivíduos acometidos por AVC eram casados ou possuíam união estável.



Quanto à ocupação anterior ao AVC verificou-se uma diversidade de profissões, porém a que apresentou maior incidência foi a de Doméstica com 13,61%, seguido de professor, operador de máquinas e representante comercial com um percentual de 9,08% cada.

No que diz respeito à ocupação atual, observou-se que 72,73% dos indivíduos eram aposentados, o que nos mostra haver uma discrepância quando em comparação à variável, ocupação anterior. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o AVC é uma das doenças que mais matam no mundo. É a maior causa de incapacitação da população na faixa etária superior a 50 anos, sendo responsável por 10% do total de óbitos, 32,6% das mortes com causas vasculares e 40% das aposentadorias precoces no Brasil.

No que se refere ao nível educacional, apesar de mais de metade dos indivíduos serem alfabetizados (Ensino Fundamental Incompleto 45,45%) estes dados comprovaram que a maioria possuía baixo nível educacional. Estudos de PAIXÃO (2012), KLEINDORFER et al. (2012), JONE et al.(2010), FALAVIGNA et al. (2009) evidenciaram em seus estudos que um baixo nível educacional, estão associados a um conhecimento reduzido de AVC. Em estudos de FERNANDES et al. (2012) níveis de baixos de educação (<8 anos), constituíram um fator de risco muito importante para a dependência funcional, por dificultar o acesso de centros de reabilitação, a adesão ao tratamento, comorbidades e uma falta de conhecimento sobre saúde Cardiovascular (MOTTA et al., 2008; KAPRAL et al., 2002). Sugerindo assim que mais investimentos em campanhas educativas devem ser priorizados para a prevenção e o tratamento do AVC (Tabela 2).

**Tabela 2 - Caracterização sócio - demográfica segundo estado civil, ocupação anterior, atual e nível educacional dos indivíduos acometidos de AVC.**

<b>Perfis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	
<b>Estado Civil</b>	Casado	12	54,54
	Solteiro	3	13,64
	Viúvo	4	18,18
	Divorciado	3	13,64
<b>Ocupação anterior</b>	Representante comercial	2	9,08
	Pedreiro	1	4,55

	Torneiro mecânico	1	4,55
	Professor (a)	2	9,08
	Copeiro (a)	1	4,55
	Doméstica (o)	3	13,61
	Padeiro (a)	1	4,55
	Funcionário Público	1	4,55
	Operador de máquinas	2	9,08
	Motorista	1	4,55
	Mecânico	1	4,55
	Autônomo (a)	1	4,55
	Comerciário	1	4,55
	Serviços gerais	1	4,55
	Técnica de enfermagem	1	4,55
	PoliciaI militar	1	4,55
	Vigilante	1	4,55
<b>Ocupação atual</b>	Aposentado (a)	16	72,73
	Nada consta	3	13,63
	Doméstica	1	4,54
	Autônomo	1	4,54
<b>Nível educacional</b>	Ensino fundamental incompleto	10	45,45
	Ensino fundamental completo	4	18,18
	Ensino médio incompleto	-	-
	Ensino médio completo	4	18,18
	Ensino superior incompleto	2	9,09
	Ensino superior completo	2	9,09

Fonte: Dados da pesquisa Campina Grande – PB, 2014.

#### 4.2 Perfil clínico de indivíduos acometidos de AVC

Quanto às características clínicas relacionada aos fatores de risco para ocorrência do AVC, observou-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi o principal fator de risco que predispõe o AVC, com 45,45%, seguido do Tabagismo com 27,27%, Ex-tabagista com 22,73%, Diabetes Mellitus com 18,18% dos casos, ressaltou-se que 36,36% apresentaram mais de um fator de risco associado.

Estudos de RODRIGUES et al.(2005), CORDINI et al.(2005), MAZZOLA et al.(2007) e PINTO et al.(2010) corroboraram com esta pesquisa uma vez que também encontraram a HAS subclasse da Doenças Cerebrovasculares (DCV) como principal fator de risco para o AVC, aumentando entre seis e sete vezes o risco de o indivíduo hipertenso sofrer um AVC em relação a população sadia (NITRINI e BACHESCHE, 2005).

Segundo CHAVES (2000), o tabagismo contribui de forma independente para a incidência do AVC, e quando associado à HAS, o risco é potencializado. RODRIGUES et al (2004), verificaram 54% de 71 indivíduos acometidos de AVC sendo tabagistas. Concomitantemente ANDRÉ (2005) e CHAVES (2000), afirmaram que os indivíduos diabéticos têm duas vezes mais chances de desenvolver DCVs, que indivíduos saudáveis, devido à hemodinâmica cerebral a hiperglicemia e a associação com outros fatores de risco.

Pesquisas sugerem que na próxima década, devido ao envelhecimento progressivo das populações e ao não controle dos fatores de risco, a mortalidade por AVC aumentará 20% nos países em desenvolvimento e 10% nos países desenvolvidos. Dados fornecidos pelo SUS mostram que no Brasil os AVCs (Isquêmicos e Hemorrágicos) representam a maior causa de morte com cerca de 90 mil casos/ano (SHAH e GONDECK, 2000).

Quanto aos subtipos de AVC obteve-se 40,91% de AVC Isquêmico, e 9,09% de AVC Hemorrágico, dados estes evidenciados em outros, estudos como o de PAIXÃO (2012), COSTA et al (2011), PEREIRA et al (2009) e MOTTA et al (2008). Relacionado às sequelas e o dimídio afetado, obteve-se 40,91% dos casos de Hemiparesia direita, corroborando com estudos de PAIXÃO (2012) e MINELLI et al (2007) que constatou 50% dos casos com dimídio direito como o mais acometido. VOOS e RIBEIRO DO VALE (2008) evidenciaram em sua pesquisa que lesões no território da artéria cerebral média esquerda resultam em maiores prejuízos da marcha e atividades de vida diária (AVDs) do que lesões análogas à direita.

Estudos de RODRIGUES et al.(2004), MAZZOLA et al. (2007), POLESE et al.(2008) e Ministério da Saúde (2010) relataram que maior parte dos AVCs são do tipo isquêmico, sendo o dimídio direito mais afetado. Os resultados obtidos neste estudo

corroboram com a literatura uma vez que o dimídio predominantemente deste foi o direito.

Várias afecções neurológicas causam sequelas motoras como a monoplegia, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia. Essas sequelas geram alterações e dificuldades na mobilidade. De acordo com O'SULLIVAN (2004), a hemiplegia é definida como uma sequela neurológica caracterizada por paralisia em um hemicorpo (uma das metades do corpo) devido a uma doença neurovascular com consequências e comprometimentos em vários níveis de acordo com a área atingida, levando a limitações funcionais e incapacidades contralaterais ao hemisfério lesado, causando alterações de tônus (contração mínima de um músculo em repouso), coordenação e equilíbrio.

No entanto 50% dos prontuários não constavam qual o tipo de AVC o usuário foi acometido, 27,27% os fatores de risco e 22,72% não contaram a sequela nem o dimídio afetado, o que revela falhas importantes no sistema de avaliação dos mesmos no que se refere ao preenchimento dos dados dos prontuários, no que diz respeito a esses tipos de informações essenciais tanto para este estudo como para as intervenções clínicas, como observado na Tabela 3.

**Tabela 3 - Perfil clínico de indivíduos acometidos de AVC.**

		N	(%)
<b>Fatores de Risco*</b>	Hipertensão Arterial Sistólica	10	45,45
	Diabetes Mellitus	4	18,18
	Tabagismo	6	27,27
	Ex. Tabagismo	5	22,73
	Nada consta	6	27,27
<b>Tipos de AVC</b>	Hemorrágico	2	9,09
	Isquêmico	9	40,91
	Nada consta	11	50
<b>Sequelas e dimídio afetado</b>	Hemiparesia Esquerda	8	36,36
	Hemiparesia Direita	9	40,91

	Nada Consta	5	22,72
--	-------------	---	-------

**Fonte: Dados da pesquisa Campina Grande – PB, 2014.**

\*Oito prontuários apresentaram mais de um fator de risco, ou seja, 36,36% da amostra.

### **4.3 Distribuição da funcionalidade dos indivíduos acometidos de AVC**

De acordo com a Organização das Nações Unidas - ONU (2006 *apud* Ministério da Saúde, 2013) pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas. Logo a deficiência física é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física (BOBATH, 1990).

As alterações na função motora podem levar a déficits na coordenação motora, fraqueza muscular específica, hipertonia, ajustes posturais anormais, movimentos sinérgicos anormais e ausência de mobilidade na cintura escapular (UMPHRED, 2004). Logo a perda da capacidade funcional nos indivíduos afetados pelo AVC, está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas e morte, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (CORDEIRO et AL., 2002).

Segundo UMPHRED (2004), a deficiência dos movimentos pode levar a limitações funcionais e incapacidades, as quais se manifestam como uma perda de mobilidade no tronco e nas extremidades, padrões anormais de movimento, estratégias compensatórias e ações involuntárias do hemicorpo afetado levando a perda da independência na vida diária.

Este estudo, em relação às cinco principais atividades funcionais dos acometidos de AVC, apresentou 18,18% para dependência quando na mudança de decúbito dorsal para decúbito lateral esquerdo, 27,73% independência, 50,09% em não consta, 18,18% dependência para posição sentado, 18,18% independência, 63,64% para não consta,

18,18% dependente para posição rolar, 27,73% independência, 59,09% não consta, 18,18% dependente quanto a mudança de decúbito dorsal para decúbito lateral direito, 27,73% independência, 59,09% não consta, e 9,09% dependência para mudança de posição semi-ajoelhado para posição ortostática, 13,64% independência e 63,64% para não consta.

Pesquisas de TRINDADE et al. (2011) e GOMES et al. (2006), corroboraram com este trabalho, uma vez que em seus estudos clínicos e instrumentais sobre performances posturais mostraram que pacientes hemiparéticos à esquerda tem menor equilíbrio postural sentado e em pé em comparação aos pacientes hemiparéticos à direita.

Porém devido limitada quantidade de informações registradas nos prontuários, não foi possível afirmar estatisticamente o quão dependentes e independentes são estes usuários. Ressaltando a importância para o preenchimento dos prontuários de cada usuário, para que os estudos futuros possam contribuir de forma mais positiva e eficaz diante do indivíduo acometido de AVC (Tabela 4).

**Tabela 4 - Capacidade funcional dos indivíduos acometidos de AVC.**

<b>Atividades funcionais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>*DD-DLE</b>	Dependente	4	18,18
	Independente	-	-
	Parcial	-	-
	Independente	5	27,73
	Não consta	13	59,09
<b>DLE-DV</b>	Dependente	4	18,18
	Independente	-	-
	Parcial	-	-
	Independente	5	27,73
	Não consta	13	59,09
<b>DV-PUPPY</b>	Dependente	4	18,18
	Independente	1	4,55
	Parcial	-	-
	Independente	3	13,64
	Não consta	14	63,64
<b>PUPPY-JD</b>	Dependente	2	9,09
	Independente	3	13,64
	Parcial	-	-
	Independente	3	13,64

	Não consta	14	63,64
<b>*SENTADO</b>	Dependente	4	18,18
	Independente	-	-
	Parcial	-	-
	Independente	4	18,18
	Não consta	14	63,64
<b>A-S</b>	Dependente	1	4,55
	Independente	3	13,64
	Parcial	-	-
	Independente	4	18,18
	Não consta	14	63,64
<b>*ROLAR</b>	Dependente	4	18,18
	Independente	-	-
	Parcial	-	-
	Independente	5	27,73
	Não consta	13	59,09
<b>ARRASTAR-H</b>	Dependente	3	13,64
	Independente	1	4,55
	Parcial	-	-
	Independente	4	18,18
	Não consta	14	63,64
<b>*DD-DLD</b>	Dependente	4	18,18
	Independente	-	-
	Parcial	-	-
	Independente	5	27,73
	Não consta	13	59,09
<b>DLD-DV</b>	Dependente	4	18,18
	Independente	-	-
	Parcial	-	-
	Independente	5	27,73
	Não consta	13	59,09
<b>PUPPY-JE</b>	Dependente	2	9,09
	Independente	3	13,64
	Parcial	-	-
	Independente	3	13,64
	Não consta	14	63,64
<b>4 APOIOS</b>	Dependente	2	9,09
	Independente	2	9,09
	Parcial	-	-
	Independente	3	13,64
	Não consta	15	68,18
<b>4 APOIOS-A</b>	Dependente	2	9,09
	Independente	2	9,09
	Parcial	-	-
	Independente	4	18,18
	Não consta	14	63,64
<b>*SA-ORTO</b>	Dependente	2	9,09
	Independente	3	13,64
	Parcial	-	-

	Independente	3	13,64
	Não consta	14	63,64
	Dependente	5	27,73
<b>ARRASTAR CRUZADO</b>	Independente	-	-
	Parcial	-	-
	Independente	3	13,64
	Não consta	14	63,64

**Fonte: Dados da pesquisa Campina Grande – PB, 2014.**

- DD- DLE: Decúbito Dorsal para Decúbito Lateral Esquerdo;
- DLE-DV: Decúbito Lateral Esquerdo para Decúbito Ventral;
- DV-PUPPY: Decúbito Ventral para Puppy;
- PUPPY- JD: Puppy para Joelho Direito;
- SENTADO;
- A-S: Ajoelhado para Semi-ajoelhado;
- ROLAR;
- ARRASTAR- H: Arrastar Homolateral;
- DD-DLD: Decúbito Dorsal para Decúbito Lateral Direito;
- DLD-DV: Decúbito Lateral Direito para Decúbito Ventral;
- PUPPY-JE: Puppy para Joelho Esquerdo;
- 4 APOIOS: Quatro Apoios (de gato);
- 4 APOIOS-A: Quatro Apoios (de gato) para ajoelhado;
- SA-ORTO: Semi-ajoelhado para posição ortostática (de pé);
- ARRASTAR CRUZADO;



## 5. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos foi possível sugerir que os indivíduos acometidos por AVC atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia - CEF da UEPB apresentaram predomínio do gênero masculino (59,09%), com variação de idade entre 29 e 72 anos e média de  $59,4 \pm 10,7$  anos, estado civil casado (54,54%) em sua maioria, subtipo de AVC mais predominante Isquêmico (40,91%), sequela Hemiparesia, com dimídio mais predominantemente direito (40,91%), tendo como principal fator de risco para a ocorrência do AVC a HAS com 45,45% dos casos, seguido do tabagismo com 27,27%. Quanto à funcionalidade destes, caracterizadas nas mudanças de decúbito, devido limitada quantidade de informações registradas nos prontuários, não foi possível afirmar estatisticamente os quão dependentes e independentes são estes usuários.

Ressaltando com este estudo a importância para o preenchimento dos prontuários de cada usuário. Visto que a falta dos mesmos, tornaram-se obstáculos desta pesquisa e discussão dos resultados encontrados.

Com a perspectiva de que os estudos futuros possam contribuir de forma mais positiva e eficaz diante do indivíduo acometido de AVC, faz-se necessário:

- O preenchimento completo dos prontuários;
- Maiores orientações aos alunos, sobre a importância do preenchimento destes dados e maior supervisão quanto às correções dos prontuários do professor junto ao aluno;
- E que os bancos de dados sejam informatizados, facilitando assim o acesso aos dados.

Com relação ao âmbito acadêmico vê-se a necessidade de estudos que caracterizem os atendimentos aos pacientes acometidos de AVC realizados na CEF-UEPB.

## ABSTRACT

**Introduction:** According to the World Health Organization (WHO) and described by the Ministry of Health of Brazil (2004), Cerebral Vascular Accident (CVA) is defined as a clinical syndrome with quick development clinical signs, such as focal or global disturbance of cerebral vascular function, with possible vascular origin lasting more than 24 hours (Stokes, 2000). It is an important public health problem, spread all over the world with the big consequences, because it causes a substantial increase of the demands for resources prone to diagnosis, treatment and rehabilitation. **Goal:** the present work aims to characterize a profile of patients with and without CVA, using medical records. **Method:** This is a documentary and quantitative study, based on retrospective analysis of patient's records with and without CVA, assisted at Clínica Escolar de Fisioterapia-CEF, working at Universidade Estadual da Paraíba- UEPB in Campina Grande, PB within the period July, 2013 to June, 2014. **Results:** It was observed that the observed sample was mostly formed by males (59.09%); females had a percentage of 40.91%. The average encountered was of  $59.4 \pm 10.7$  years; 54.54% of the patients were married and 45.45% presented an incomplete elementary education. For VCA subtypes: 40.91% Ischemic and 9.09% hemorrhagic, with sequels and hemi body consisting of 40.91% and 36.36% right hemiparesis and left hemiparesis, respectively. As Prevailing risk factors, were found hypertension, with a percentage of 45.45% and Smoking with 27.27%.

**Keywords:** Cerebral Vascular Accident, Patients, Assistance.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. R. M. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **Revista Neurociências**.20(4): 481-482, 2012.

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

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

BARRETO, K. M. L. et al. Acidente Vascular Cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Saúde Materno Infantil**.4(1): 95-102, 2004.

BOBATH, B. **Hemiplegia no adulto. Avaliação e tratamento**. São Paulo: Editora Manole, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n.4, 1902/2002. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em fisioterapia. Brasília, Conselho Nacional de Educação, 2002.

CABRAL, N . L. ; LONGO, A . L; MORO, C. H. M.; KISS, H. C. Epidemiologia dos Acidentes Cerebrovasculares em Joinville, Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, V. 55, p. 357-63, 1997

CACHO, E. W. A, MELO, F. R. L. V., OLIVEIRA, R. Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fugli - Meyer. **Revista Neurociências**. 12(2): 94 - 102, 2004.

CALIL, S. R. et al. Reabilitação por meio da dança: uma proposta fisioterapêutica em pacientes com sequelas de AVC. **Revista Neurociências**. 15(3): 195-202, 2007.

CHAVES, M. L. F. Acidente Vascular Encefálico: Conceituação e fatores de risco. **Revista Brasileira de Hipertensão** . V. 7, n. 4, 2000.

CORDEIRO, R.C et al. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**. 9 : 69-77, 2002.

CORDINI, K. L. et al. Qualidade de vida de pacientes com história prévia de Acidente Vascular Encefálico: observação de casos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 54(4): 312-317, 2005.

COSTA, A. M., DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida de pessoas sequeladas de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). **Revista brasileira Ciência e movimento**, Brasília. 10 (1): 47-54, 2002.

COSTA, F. A. et al. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciências e Saúde Coletiva**. V. 16, n. 1, p. 1341-1348, 2011.

CURIONI, C. C. **Redução de peso na prevenção primária de Acidente Vascular Cerebral**. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva). UERJ.

DORETTO, D. **Fisiopatologia clínica do sistema nervoso: fundamentos e semiologia**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

FALAVIGNA, A. et al. Awareness of stroke risk factors and warning signs in southern Brazil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. V. 67, n. 4, p. 1076-1081, 2009. ISSN 0004-282X.

FALCÃO, I.V. et. al. Acidente Vascular Cerebral Precoce: Implicações Para Adultos em Idade Produtiva Atendidos Pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v.4, n.1, p. 95-102, 2004.

FARIAS, C. D. C. M. et al. Comparação entre indivíduos hemiparéticos com e sem histórico de quedas com base nos componentes da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Fisioterapia pesquisa**. 17(3): 242-7, 2010.

FELICE, T. D., SANTANA, L. R. Recursos fisioterapêuticos (crioterapia e termoterapia) na espasticidade: uma revisão de literatura. **Revista de Neurociências**. 17(1): 57-62, 2009.

FERNANDES, M. B. et al. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. **Fisioter. Mov.** V. 25, n. 2, p.333-341, 2012. ISSN 0103-0150.

GAGLIARDI, R. J. Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura? **Revista Neurociências**. 18(2): 131-2, 2010.

GAIAD, Thais Peixoto; SANT'ANA, Débora de Melo Gonçalves. **Análise da eficácia do estágio supervisionado em fisioterapia na formação profissional: uma visão do egresso**. Arquivo de Ciência da Saúde Unipar, v.9 (2), 2005.

GOMES, M. A.; GOMES, M. B. A. Aspectos do estilo de vida e da capacidade funcional do portador de Acidente Vascular Cerebral (AVC): um estudo e caso. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 11, n. 104, 2007. Disponível em: < <http://WWW.efdeportes.com/efd104/aciden-vascular-cerebral.htm>> . Acesso em 25 nov. 2008.

HURBAR, Márcia; Adriana Bolonine; DEUS, Rogério Barbosa de; BARNABÉ, Anderson Sena; OLIVEIRA, Rafaela Sanches; FERRAZ, Renata Ribeiro Nogueira. **Prevalência de agravos ortopédicos e de suas causas em uma população da região central da cidade de São Paulo**. *ConScientiae Saúde*.(8)2:251-257, 2009.

KAPRAL, M. K. et al. Effect of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke. **Stroke**. V. 33, p. 268-273, 2002.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **Revista da sociedade Brasileira de cardiologia**. 4: 509-518, 1999.

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, 20 (001): 22-27, 2007.

MINELLI, C; FEN, L. F.; MINELLI, D. P. Strok Incidenc, prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brazil.- A population-based prospective study. **Stroke**. V.18, n. 11, p. 2906-2911, 2007.

Ministério da Saúde Brasil - Brasil (2004) **Painel de indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS)** Consultado em 12 de Novembro de 2008 a partir de <http://www.saude.gov.br>.

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. et al. Intervenção fisioterapêutica e tempo de intervenção em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**. V.16, n. 2, p. 118-123, 2008.

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

NUNES, S.; PEREIRA, C.; SILVA, M. G. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. **EssFisionline**. Setubal, 1(3), 2005. Disponível em: <<http://WWW.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol1n3/pdfs/evolucao%20funcional%20de%20Utentes%20após%20AVC.pdf>>. Acesso em: 19 de ago 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE OMS/WHO. **Enfermidades Cardiovasculares**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>>. Acesso em: 21 ago.2013.

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.

PAIS- RIBEIRO, J. L. **Introdução a psicologia da saúde**. Coimbra: Quarteto. 2005.

PAIXÃO, L. M. **Perfil da funcionalidade em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico na cidade de Campina Grande**. 2012. 26. Monografia (Graduação em Fisioterapia) Universidade Estadual da Paraíba. 2012.

PEREIRA, A. B. C. N. da C. et al. Prevalência de Acidente Vascular Cerebral em idosos 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.

PINHEIRO, H. A.; VIANNA, L. G. Taxa de mortalidade específica por doenças cerebrovasculares no Distrito Federal entre 1995 e 2005. **Revista Neurociências**. 20. 483.6, 2012.

PINTO, I. V.; LOPES, J. S.; PESSANHA, LSR.; SOARES, E. V. Ocorrência de Acidente Vascular Encefálico em um hospital público em Campos dos Goytacazes. **Perspectivas online**, V. 4, n. 13, 2010.

PITTELLA, J. E. H., DUARTE, J. E. Prevalência e padrão de distribuição das doenças cérebro vasculares em 242 idosos, procedentes de um hospital geral, necropsiados em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 1976 a 1997. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. 60 (1): 47-55, 2002

POLESE, J. C. et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**. V. 16, n. 3, p.175-178, 2008.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral em hospital secundário. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. 58(1): 99-106, 2000.

RAFFIN C. N. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Carotídeo. MELO-SOUZA S. E. **Tratamento das doenças neurológicas**. ED. GUANABARA KOOGAN 2000. PP. 100-104.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEITÃO, Gloria da Conceição Mesquita. **Estágio curricular Supervisionado com ênfase no desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade.** Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 216-229, 2000.

RODRIGUES et al., Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na Clínica Escola de Fisioterapia da UMESP. **Revista Neurociências.** V. 12, n. 3, p.117-122, 2004.

ROWLAND, L. P. et al. **Tratado de Neurologia.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2007.

SHAH, GONDEK, K. Aspirin plus extended- release dipyridalmole or chopidogrel compared with aspirin monotherapy for the prevetion of recurreet ischemic stroke: a cost effectiveness analysis. *Clint her*, 2000.

SCHEPER, V. P. et al. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the international classification of functioning, disability and health. *DisabilRehabil.* 29(3): 221-30, 2007.

STOKES, M. **CASH:Neurologia para fisioterapeutas.** 1ª ed. São Paulo: Premier, 2000.

SUDA, E. Y. et al. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP. **Fisioterapia e pesquisa,** São Paulo, 16 (2): 126-31 2009.

TAMAYO A, HACHINSKI V. Ataque Isquêmico Transitório. In: Melo-Souza S. E. **Tratamento das Doenças Neurológicas.** Ed. Guanabara Koogan 2000. Pp. 93-99.

TRINDADE, A. P. M. T. et al. Influência da simetria e transferências de peso nos aspectos motores após Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências.** V. 19, n. 1, p. 61-67, 2011.



UMPHRED, Darcy A. **Reabilitação Neurológica**. 4ª. São Paulo: Manole, 2004.

VOOS, M. C.; RIBEIRO DO VALLE, L. E. Estudo comparativo entre a relação do hemisfério acometido no Acidente Vascular Encefálico e a evolução funcional em indivíduos destros. **Revista Bra Fisioter**. V.12, n. 2, p. 113-120, 2008.

## **APÊNDICE**

## Apêndice I

**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS**

Número do prontuário: \_\_\_\_\_

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

a) Idade: \_\_\_\_\_ b) Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

c) Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

d) Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado

e) Naturalidade \_\_\_\_\_

f) Nível educacional:

( ) Iltrado ( ) Fundamental Completo

( ) Fundamental incompleto ( ) Ensino médio

( ) Ensino superior ( ) Pós – graduação

g) Profissão: \_\_\_\_\_

h) Ocupação atual: \_\_\_\_\_

i) Renda familiar proveniente de:

( ) Trabalho assalariado ( ) Aposentadoria

( ) Ajuda familiar e/ou terceiros ( ) Programa do governo.

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**2. HISTÓRIA CLÍNICA**

a) Queixa principal \_\_\_\_\_

b) Tipo de AVC:

( ) Isquêmico ( ) Hemorrágico

c) Número de episódios: \_\_\_\_\_ ( ) Não encontrado no prontuário.

d) Fatores de risco: ( ) HAS ( ) DM ( ) Tabagismo ( ) Dislipidemia

( ) Cirurgia extensa recente ( ) AVC hemorrágico prévio

e) Sequela: ( ) Hemiplegia direita ( ) Hemiplegia esquerda

f) Domínio: ( ) Braquial ( ) Crural

**3. Exame Físico**

a) F.C.: \_\_\_\_\_ bpm

b) P.A.: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg

Obs:

c) Postura: \_\_\_\_\_

d) Locomoção: ( ) Deambulante ( ) Cadeirante

e) Tipo de Marcha: \_\_\_\_\_

f) Equilíbrio: \_\_\_\_\_

g) Linguagem/ Fala \_\_\_\_\_

h) Nível e Estado de Consciência: \_\_\_\_\_

i) Déficits Motores: \_\_\_\_\_

**4.Motricidade:**

a)Trofismo:

b)Tônus: ( ) Normotonia ( ) Hipotonia ( ) Hipertonia

c)Força Muscular:

**5.Coordenação:**

a)Índex-índex: ( ) N ( ) A ( ) NT

b)Índex-nariz: ( ) N ( ) A ( ) NT

c) Movimentos Alternantes: ( ) N ( ) A ( )

d)Calcanhar-joelho: ( ) N ( ) A ( ) NT

e)Outros:

**6.Manobras Deficitárias da Motricidade:**

a)Braços Estendidos:

b)Barre:

c)Mingazzini:

**7.Atividades Funcionais: (D) Dependente (IP) Independente Parcial (I) Independente**

a)D. D. para D.L.E.:

b)D.D. para D.L.D.:

c)D.L.E. para D.V.:

d).L.D para D.V.:

e)D.V. para Puppy:

f)Puppy com Joelho E.:

g)Puppy para Joelho D.:

h)4 Apoios:

i)Sentado:

j)4 Apoios para Ajoelhado:

k)Ajoelhado para Semi ajoelhado:

l)Semiaj. para Ortoest.:

m)Rolar:

n)Arrastar Cruzado:

o)Arrastar Homolateral.:

## **ANEXOS**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER DO RELATOR**

**Número do Protocolo: 33843414.7.0000.5187**

**Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 18/08/2014**

**Pesquisador(a) Responsável: Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa**

**Situação do parecer: Aprovado**

**Apresentação do Projeto:** Trata-se de um estudo quantitativo, documental com análise retrospectiva de prontuários em arquivo de pacientes com e sem Acidente Vascular Cerebral (AVC), atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia-CEF, da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, em Campina Grande, PB, no período de julho de 2013 à junho de 2014.

**Objetivo da Pesquisa:** Caracterizar através de prontuários, os atendimentos de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e sem (AVC).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Tendo em vista que a coleta acontecerá apenas nos prontuários, o referido estudo não importa riscos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** O estudo apresenta uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador:** Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

**Recomendações:** Atende a todas as exigências protocolares do CEP mediante Avaliador. Diante do exposto, não necessita de recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Anexo I – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR  
RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12  
DO CNS/MS**

**Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS  
DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA  
DE FISIOTERAPIA DA UEPB**

Eu, Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa, Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, portador (a) do RG: 685068 – SSP-PB e CPF: 309.136.244 -20 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº.466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética e Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução. Por Ser verdade, assino o presente compromisso.

CAMPINA GRANDE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

**Assinatura do (a) Pesquisador responsável  
Profª Drª Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa**

## **Anexo II –DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

**Titulo da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UEPB.**

Eu, **Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa**, Fisioterapeuta, Professora do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba portadora do RG: 685.068 – SSP - PB, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

CAMPINA GRANDE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

**Pesquisador Responsável**

---

**Orientando**



**Anexo III**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CNPJ: 12.671.814/0001-37**

**Endereço: Baraúnas, 351, Bairro Universitário**  
**Campina Grande, PB**  
**58 429-500**

À Professora Maria de Lourdes Fernandes Oliveira.  
Coordenadora da Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UEPB”** desenvolvido pela aluna Luana Karina de Oliveira Figueiredo do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora **Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa**.

CAMPINA GRANDE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional

**Anexo IV**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CNPJ: 12.671.814/0001-37**

**Endereço: Baraúnas, 351, Bairro Universitário**  
**Campina Grande, PB**  
**58 429-500**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO  
E COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UEPB**”, desenvolvido pela Professora Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa, do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, com a participação da orientanda Luana Karina de Oliveira Figueiredo. A coleta de dados será do tipo documental com análise retrospectiva e acontecerá no Arquivo de Prontuários de Pacientes, localizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. A referida pesquisa será para caracterizar o perfil de usuários acometidos por AVC, atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, toda a documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em papel) a esta instituição sediadora da pesquisa que também arquivará por cinco anos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

CAMPINA GRANDE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional