



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

**LAURISTON MEDEIROS PAIXÃO**

**PERFIL DA FUNCIONALIDADE EM INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE  
VASCULAR ENCEFÁLICO NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE - PB**  
**NOVEMBRO/2012**

**LAURISTON MEDEIROS PAIXÃO**

**PERFIL DA FUNCIONALIDADE EM INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE  
VASCULAR ENCEFÁLICO NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carlúcia Ithamar Fernandes Franco

**CAMPINA GRANDE – PB**

**NOVEMBRO/2012**

P142p Paixão, Lauriston Medeiros.

Perfil da funcionalidade em indivíduos acometidos por  
Acidente Vascular Encefálico na cidade de Campina Grande-PB  
/ Lauriston, Medeiros Paixão. – 2012.

26 f.: il. Color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof<sup>a</sup>.dra. Carlúcia Ithamar Fernandes  
Franco, Departamento de Fisioterapia”.

1. Funcionalidade. 2. Acidente Vascular Encefálico 3.  
Classificação Internacional de Funcionalidade 4.  
Incapacidade e Saúde. I. Título.

21. ed. CDD 152.3

LAURISTON MEDEIROS PAIXÃO

PERFIL DA FUNCIONALIDADE EM INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE  
VASCULAR ENCEFÁLICO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

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: 27 / 11 / 2012.



Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carlúcia Ithamar Fernandes Franco / UEPB  
Orientadora



Prof<sup>a</sup>. Ms. Maria do Socorro Barbosa e Silva / UEPB  
Examinadora



Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa / UEPB  
Examinadora

# PERFIL DA FUNCIONALIDADE EM INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB

PAIXÃO, Lauriston Medeiros<sup>1</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença crônico-degenerativa e representa um desafio tanto pelo impacto social, quanto pelas repercussões na vida das pessoas, pois, quando não letal, o AVE geralmente provoca graves repercussões para o indivíduo, a família e a sociedade. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil funcional dos indivíduos acometidos por AVE adscritos na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família (ESF's) da cidade de Campina Grande – PB. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional com amostra de 38 indivíduos com idade acima de 18 anos, com no máximo 5 anos de acometimento. Foram aplicados como instrumento de avaliação: um questionário sócio demográfico e clínico, a Escala de Rankin, a *Motor Assessment Scale* (MAS) e o domínio Atividade e Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Os dados coletados foram analisados através do software *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, sendo as variáveis numéricas apresentadas sob a forma de média e desvio padrão, e as variáveis categóricas foram distribuídas e apresentadas em forma de frequência relativa. **Resultados:** Observou-se que a amostra foi composta por 55,3% do gênero masculino, com idade média de  $69,4 \pm 14,3$  anos, sendo 39,5% solteiros e 65,8% alfabetizados. Quanto aos dados clínicos, 63,2% era acometido por AVE isquêmico (AVEi) e 50% apresentou o hemisfério direito afetado. Na Escala de Rankin e MAS evidenciou-se na maioria uma incapacidade funcional entre os graus moderado e grave. Na CIF constatou-se maior comprometimento nas categorias deslocar-se (d445) com 92,1%; andar (d450) com 89,5%; utilização da mão e do braço (d445) com 86,5%; recreação e lazer (d920) com 84,2%; e a vida comunitária (d910) com 81,6%. **Conclusão:** Este estudo demonstrou que a maioria dos pacientes pós Acidente Vascular Encefálico apresenta consequências crônicas em sua funcionalidade, principalmente em sua mobilidade, participação da vida social organizada e em atividades do cotidiano.

**PALAVRAS – CHAVE:** Funcionalidade; Acidente Vascular Encefálico; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

**Agradecimentos:** PIBIC/UEPB; Secretaria Municipal de Saúde – Campina Grande/PB.

---

<sup>1</sup>Acadêmico concluinte do Bacharelado em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail para contato: [lauristonpaixao@gmail.com](mailto:lauristonpaixao@gmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica brasileira teve início com a queda da alta taxa de mortalidade na década de 1940, causada pelas doenças infectocontagiosas, que deram lugar às patologias de início insidioso e longa duração, denominadas de não transmissíveis ou crônico-degenerativas, cuja evolução é marcada por redução progressiva da capacidade do indivíduo de realizar as atividades do cotidiano e por dificuldades para desempenhar papéis socialmente esperados (COSTA, 2006; BARROS; CEZAR; CARANDINA, 2006).

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, destaca-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE), o qual se deve a um comprometimento na irrigação sanguínea do encéfalo, podendo deixar distúrbios motores unilaterais estereotipados associados a sequelas sensitivas, mentais, perceptivas e/ou na linguagem dependendo do lado do cérebro lesionado (FARIA, et al. 2010; COSTA, DUARTE, 2002). As áreas acometidas e a extensão da lesão influenciam fortemente a evolução do caso (VOOS; VALLE, 2008).

O AVE 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).

Dados do DATASUS apontam que as taxas de internação por AVE no Estado da Paraíba vêm diminuindo em ritmo lento, no período de 2002 a 2007, porém encontram-se bastante elevadas. Em 2006 a taxa foi de 40,6 para cada 100.000 habitantes e no município de Campina Grande os valores foram 45 para cada 100.000 habitantes. Esses dados refletem os pequenos e representativos ganhos no controle de fatores de riscos para a ocorrência do AVE, mas sugerem também que é elevado o número de pessoas acometidas e que precisam de assistência especializada (BRASIL, 2006). Em 2008, para cada 100.000 habitantes do mesmo município 88 indivíduos vieram a óbito por AVE, indicando que cerca de 335 indivíduos

faleceram devido ao AVE. No que se refere ao estado geral dos pacientes acometidos por AVE que não vieram a óbito, pouco se conhece o estado biopsicossocial em que se encontram (BRASIL, 2010).

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).

Neste sentido, torna-se imprescindível a elaboração de políticas públicas efetivas, a partir do levantamento de indicadores de saúde mais específicos para o AVE, através de uma abordagem biopsicossocial, como propõem a Organização Mundial de Saúde através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Sendo assim, objetivou-se com esta pesquisa descrever o perfil funcional dos indivíduos acometidos por AVE adscritos na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família (ESF's) da cidade de Campina Grande – PB, produzindo, dessa forma, conhecimentos que podem se transformar em subsídios para implantação de programas, meios de triagem, planejamento de estratégias de combate e de intervenção adequadas.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

A Organização Mundial de Saúde define o AVE 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 têm duração entre 10 a 20 minutos (MAZZOLA et al., 2007; NUNES et al., 2005; O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010).

Segundo Pereira et al. (2009), o AVE vem afetando, substancialmente, a população, seja pela incapacidade física gerada, seja pelo impacto econômico e social que afeta os pacientes, seus familiares e o sistema de saúde. Dentre 35 milhões de mortes atribuídas às doenças crônicas que ocorreram em todo o mundo em 2005, o AVE foi responsável por 5,7

milhões, o que corresponde a 16,6%. No entanto, o dado alarmante diz respeito ao fato de que 87% dessas mortes ocorreram em países subdesenvolvidos (SRIDHARAN et al., 2009). Projeções sugerem que, sem intervenção, o número de mortes por AVE aumentará para 6,3 milhões em 2015 e 7,8 milhões em 2030 (BONITA; BEAGLEHOLE, 2007).

Na América Latina, o AVE é causa constante de morbidade e mortalidade, sobretudo em adultos. Na América do Sul a incidência está estimada entre 35 à 183 casos por 100.000 habitantes (LAVADOS et al., 2007; MAZZOLA et al., 2007). No Brasil, o AVE é um problema de Saúde Pública, uma vez taxas de mortalidade ajustadas à idade para esta patologia estão entre as maiores entre nove países da América Latina. Em 2011, foram realizadas 172.298 internações por AVE (isquêmico e hemorrágico). Em 2010, foram registrados 99.159 óbitos por AVE (BRASIL, 2012), sendo considerada atualmente a principal causa de morte no nosso país, salvo o estado de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, onde desenvolvimento econômico e social proporciona condições de moradia, educação, acesso à alimentação saudável, lazer, inclusão social, os cuidados básicos de saúde (CESSE et al., 2009; BARRETO et al., 2004; MANSUR et al., 2003).

AVE tem pico de incidência entre a faixa etária de 70 e 80 anos, porém pode ocorrer mais precocemente e ser relacionado a fatores de riscos, como os distúrbios da coagulação, as doenças inflamatórias e imunológicas, diabetes mellitus, hábito de fumar, bem como ao uso de drogas (GOMES; GOMES, 2007). No que concerne ao fator de risco mais prevalente, de acordo com a história clínica anterior, aponta-se a hipertensão arterial sistêmica com maior incidência, seguido de doença cardíaca (MAZZOLA et al., 2007; CORDINI, 2005; NUNES et al., 2005). A HAS é responsável por 40% das mortes por AVE, e, ainda, contribui em 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (BARBOSA et al., 2009).

Classifica-se o AVE em dois tipos: isquêmico e hemorrágico. O Acidente Vascular Encefálico isquêmico (AVEi) resulta da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral por embolia ou trombose arterial (RADANOVIC, 1999; LESSA, 1999). No Acidente Vascular Encefálico hemorrágico (AVEh) 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 (arterial, 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 e circulação, levando à morte (CURIONI, 2007).



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 como ambientais, recursos econômicos e sociais, fatores comportamentais e motivacionais.

Nesse contexto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada em maio de 2001 pela Assembleia Mundial de Saúde, e traduzida para português pelo Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a família das Classificações Internacionais é considerada atualmente como o mais completo instrumento para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana, onde as várias dimensões de saúde são integradas a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Nesse modelo cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais (SAMPAIO et al., 2005).

Segundo Farias e Buchalla (2005), a CIF introduz um novo paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, tendo em vista que estas não resultam diretamente das condições de saúde, mas são determinadas também pelo contexto (ambiente físico e social), pelas diferentes percepções culturais e atitudes com relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de políticas públicas. A CIF se torna, portanto, não só um instrumento para medir o estado funcional, mas também para avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

### **3. REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo de corte transversal de base populacional, envolvendo indivíduos com diagnóstico de AVE, com no máximo cinco anos de acometimento, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) da cidade de Campina Grande - PB. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam grandes incapacidades anteriores aos episódios de AVE. Nos casos onde os sujeitos apresentaram déficit cognitivo e/ou déficit de fala, os dados foram obtidos por meio do cuidador, ou outro informante *proxi*.

O cálculo da amostra foi feito a partir da fórmula descrita no estudo de Jekel et al. (2005) para cálculo de amostra infinita:  $N = Z_{\alpha}^2 \cdot (S)^2 / (d)^2$ , onde N = tamanho da amostra;  $Z_{\alpha}^2$  = nível de confiança escolhido, expresso em número de desvios-padrão;  $(S)^2$  = Variância (Variância =  $p(1-p)$ ); e  $d^2$  = Erro máximo permitido. Foi levada em consideração a população do município de Campina Grande que é de 383.767 (IBGE, 2009) e utilizando-se como base para prevalência (p) de AVE o valor estimado para a América Latina de 0,46% (LAVADOS et al., 2007), uma vez que a incidência e prevalência de AVE em Campina Grande e no Brasil não são conhecidas. Utilizou-se para o cálculo um nível de confiança de 99%, 2,58 em números de desvio-padrão, e um erro amostral de 2%.

Com base neste cálculo, a amostra mínima prevista foi de 75 sujeitos, no entanto só foram entrevistados 38 indivíduos, devido a dificuldade de acesso dos pesquisadores à residência dos indivíduos, que deveria ser realizada somente com a presença do Agente Comunitário de Saúde - ACS, profissionais indispensáveis na realização deste estudo, os quais aderiram à greve da classe por tempo indeterminado.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas no domicílio dos sujeitos, por cinco entrevistadores devidamente treinados. O treinamento da equipe deu-se em sete etapas, a saber: 1) leitura crítica dos instrumentos; 2) aplicação do instrumento completo entre os entrevistadores; 4) discussão dessa aplicação; 5) aplicação piloto em usuários da Clínica Escola da UEPB; 6) avaliação da aplicação piloto; 7) elaboração do manual do pesquisador; 8) aplicação dos instrumentos no domicílio dos indivíduos. A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre Julho de 2010 a Abril de 2011.

Foi aplicado um formulário estruturado desenvolvido pelos pesquisadores (Apêndice A) com questões relativas ao perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária, nível educacional, renda e estado civil) e clínico (tipo de AVE, dimídio afetado, numero de acometimentos ao longo da vida e o tempo entre a lesão) da pessoa com AVE.

A Escala de Rankin (ANEXO I), proposta por Rankin (1957), na Escócia, foi utilizada para avaliar a capacidade do indivíduo em realizar as atividades de vida diária, com ênfase no comprometimento motor (TOMASELLO et al., 1982). Apresenta níveis de evidência de confiabilidade clinicamente aceitáveis e uma boa aplicabilidade (CANEDA et al., 2006). A escala é definida categoricamente com sete diferentes graus: 0, sem sintomas residuais; 1, sem incapacidade significativa apesar de sintomas; 2, incapacidade leve; 3, incapacidade moderada; 4, incapacidade, moderadamente grave; 5, incapacidade grave.

Em seguida foi utilizado a *Motor Assessment Scale* (MAS) (ANEXO II), proposta Carr e Shepherd (1985), para a mensuração das habilidades funcionais pós-AVE. Essa escala

é composta por nove itens que avaliam tarefas de acordo com a qualidade de sua realização e quanto aos níveis de assistência requerida. Os aspectos observados são simetria, controle do movimento, tempo de execução e uso do lado afetado. Mostrou ter valor prognóstico para recuperação de AVE e foi sugerida como um meio de priorizar o planejamento da reabilitação (LOEWEN et al., 1990). A versão em português da MAS desenvolvida por Conte et al. (2009) foi adotada neste estudo.

Questões relativas ao componente Atividade e Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (ANEXO III) também foram utilizadas, para avaliar funcionalidade a partir da limitação em executar alguma tarefa ou ação e as restrições na vida social. Elegeram-se 26 categorias nesse componente, tomando como referência o *Core sets* de AVE (GEYH et al., 2004). Para quantificar a gravidade do problema em todas as categorias, utilizou-se a escala de dificuldade total da CIF, por ser identificada mais claramente pela população. Essa escala varia de 0-4, sendo 0 “nenhum problema”; 1 “problema leve”; 2 “problema moderado”; 3 “problema grave” e 4 “problema completo”. Foram excluídos os dados que refletiam o comprometimento decorrente de comorbidades ou por outros fatores que não estiveram relacionados com o AVE.

Durante a aplicação da CIF, o indivíduo era questionado quanto às dificuldades daquele dado momento em realizar ou participar de alguma atividade depois do AVE. Todas as repostas eram subjetivas como determina a CIF, para daí se detectar a visão do paciente sobre sua condição de saúde. Os dados obtidos na aplicação da CIF foram dicotomizados nas opções “sem nenhum comprometimento” (indicado pelo qualificador 0) e “algum comprometimento” (indicado pela porcentagem total dos qualificadores 1,2,3 e 4).

As informações colhidas foram sistematizadas no banco de dados Microsoft Office Excel 2007. Utilizou-se para análise dos dados o software *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, sendo as variáveis numéricas apresentadas sob a forma de média e desvio padrão, e as variáveis categóricas foram distribuídas e apresentadas em forma de frequência relativa.

Toda a pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsinque, sendo os sujeitos informados dos procedimentos, seus resultados e da liberdade de saírem da pesquisa sem ônus a qualquer momento. Por conseguinte, registraram sua concordância em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que institui os direitos humanos nos indivíduos em experiências na área de saúde. Foi solicitada, também, aos diretores das instituições envolvidas, através de uma Carta de Anuência, a autorização para realização da pesquisa nas

dependências das mesmas. Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sendo aprovado com o Protocolo número 08189.0.133.000-11.

#### **4. DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA**

##### **4.1 Caracterizações sócio-demográfica e clínica de indivíduos pós-AVE assistidos pelas ESFs da cidade de Campina Grande – PB.**

Os dados sociodemográficos apresentados na tabela 1, apontaram para uma amostra composta predominantemente pelo sexo masculino (55,3%), sendo o estado civil prevalente o de solteiros (57,9%). Quanto às faixas etárias de pessoas com sequelas de AVE, notou-se que a maior incidência foi nos indivíduos com mais de 60 anos, com uma média de idade de  $69,4 \pm 14,3$  anos. Os estudos de Barbosa (2009), Benvegna et al. (2008) e Polese et al. (2008), também evidenciaram uma maior incidência de AVE em indivíduos do sexo masculino, com média de idade acima 60 anos. Como a idade é o principal fator de risco não modificável para o desenvolvimento do AVE, reforça-se a necessidade de medidas urgentes de prevenção e controle de fatores de risco, a serem realizadas pela atenção básica, que promovam a redução dos comportamentos de risco na população adulta, com o intuito de permitir que atinja o envelhecimento de forma saudável.

No que se refere à renda, 65,8% dos sujeitos tinham renda familiar entre um e dois salários mínimos, aqueles que a renda familiar estava acima de três salários mínimos correspondiam a 28,9%. Já em relação à escolaridade, apesar de mais da metade dos indivíduos serem alfabetizados (65,8%), a maioria possuía baixo nível de escolaridade. Kleindorfer et al. (2012), Jone et al. (2010) e Falavigna et al. (2009) evidenciaram em seus estudos que um menor nível socioeconômico e baixa escolaridade estão associados a um conhecimento reduzido de AVE, mesmo entre aqueles que experimentaram um evento anterior ou que tiveram uma história familiar da doença. No estudo de Fernandes et al. (2012) níveis baixo 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 a saúde cardiovascular (MOTTA et al., 2008; KAPRAL et al., 2002). Sugere-se com isso, que mais investimentos em campanhas educativas devem ser priorizados para a prevenção e o tratamento do AVE.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica dos indivíduos pós-AVE

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	21	55,3
Feminino	17	44,7
<b>Faixa etária (anos)</b>		
25-44	2	5,3
45-59	5	13,1
≥ 60	31	81,6
<b>Escolaridade</b>		
Iletrados	12	31,6
Alfabetizados	25	65,8
Não sabiam/não respondeu	1	2,6
<b>Renda (salário mínimo)</b>		
< 1	2	5,3
1- 2	25	65,8
≥ 3	11	28,9
Não sabia / não respondeu	0	0,0
<b>Estado civil</b>		
Casado	12	31,6
Separado	4	10,5
Viúvo	7	18,4
Solteiro	15	39,5

**Fonte: Dados da Pesquisa. Campina Grande – PB, 2011.** (n = 38).

Relacionado aos aspectos clínicos descritos na Tabela 2, verificou-se que quanto ao tipo de AVE, pôde-se observar que o AVE isquêmico foi prevalente (63,2%), enquanto que o hemorrágico representou 10,5% dos casos, dados estes evidenciados em outros estudos, como o de Costa et al. (2011), Pereira et al. (2009) e Motta et al. (2008). No entanto 26,3% dos indivíduos não sabiam por qual tipo foi acometidos, o que revela falhas importantes no sistema de referência e contra-referência no que diz respeito a esse tipo de informação essencial para intervenções clínicas.

Quanto ao lado afetado, constatou-se que o hemisfério direito foi o mais acometido (50%), corroborando com os estudos de Minelli et al. (2007). Voos e Ribeiro do Valle (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 do que lesões análogas à direita. No entanto estudos clínicos e instrumentais sobre performances posturais têm mostrado que pacientes hemiparéticos à esquerda têm menor equilíbrio postural sentado e em pé em comparação aos pacientes hemiparéticos à direita (TRINDADE et al., 2011; GOMES et al., 2006).

Em relação ao número de acometimentos, verificou-se que 76,3% dos sujeitos sofreram apenas um AVE, e 26,7 % foram acometidos duas vezes ou mais. O tempo decorrido desde o último episódio do AVE foi de 24 à 35 meses em 28,9% dos indivíduos entrevistados. Segundo Veronesi et al. (2004), indivíduos que apresentavam hemiplegia há mais de dois anos, apresentam discreta evolução motora que pode desencadear desmotivação por parte do paciente.

**Tabela 2** – Caracterização clínica dos indivíduos pós-AVE

<b>Dados Clínicos</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
<b>Tipo de AVE</b>		
Isquêmico	24	63,2
Hemorrágico	4	10,5
Não sabiam	10	26,3
<b>Lado afetado</b>		
Direito	19	50
Esquerdo	17	44,7
Ambos	2	5,3
<b>Nº de acometimentos ao longo da vida</b>		
Uma vez	29	76,3
Duas vezes ou mais	9	26,7
<b>Tempo decorrido do último acometimento (meses)</b>		
0 - 11	10	26,3
12 - 23	6	15,8
24 - 35	11	28,9
36 - 47	6	15,8

48 - 60	5	13,2
Não sabiam	0	0,0

**Fonte: Dados da Pesquisa. Campina Grande – PB, 2011.** (n = 38).

#### **4.2 Avaliação do grau de incapacidade e da independência funcional em indivíduos pós-AVE assistidos pelas UBSFs da cidade de Campina Grande – PB.**

Quanto ao nível de comprometimento motor para realizar atividades funcionais básicas, avaliado através da escala de Rankin, foi observado que 28,9% dos sujeitos foram enquadrados no Grau III, correspondente a incapacidade moderada; o grau I também apresentou 28,9%, o que indica sem incapacidade significativa; 23,7% com grau IV, incapacidade moderadamente grave; 7,9% com grau II, incapacidade leve; e os graus 0 (sem incapacidade) e V (incapacidade grave) ambos apresentaram 5,3%, conforme mostrado na tabela 3.

No estudo de Santos (2007), realizado em São Paulo, evidenciou-se que 30% dos indivíduos avaliados apresentavam incapacidade moderada segundo a escala de Rankin, corroborando com os resultados desta pesquisa. No entanto, o presente estudo não corrobora com o que foi realizado por Cardoso et al. (2001) na cidade do Porto, onde foram avaliados 45 indivíduos acometidos por AVE, a maioria (65,7%) apresentaram incapacidade funcional leve.

**Tabela 3** – Avaliação do grau de incapacidade através da Escala de Rankin em indivíduos pós-AVE

	<b>Graus</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0	Sem sintomas residuais	2	5,3
I	Sem incapacidade significativa apesar de sintomas	11	28,9
II	Incapacidade leve	3	7,9
III	Incapacidade moderada	11	28,9
IV	Incapacidade moderadamente grave	9	23,7
V	Incapacidade grave	2	5,3

**Fonte: Dados da Pesquisa. Campina Grande – PB, 2011.** (n = 38).

No que diz respeito ao nível de independência funcional, foi constatado que a média do escore total referente à *Motor Assessment Scale (MAS)* neste estudo foi de  $3,8 \pm 1,4$ , valor este compatível com comprometimento funcional moderado, apresentando maior déficit motor nos itens atividades finas das mãos, com  $2,6 \pm 2,3$ , marcha, com  $3,2 \pm 1,7$  e movimentos das mãos, com  $3,3 \pm 2,3$ ; conforme visto na tabela 4.

Estudos realizados por Junqueira et al. (2004), no Brasil, e por Burcu (2005), na Turquia, evidenciaram um comprometimento motor moderado através da análise geral da MAS, os quais avaliaram 10 e 55 indivíduos acometidos por AVE, respectivamente, corroborando com os resultados deste estudo. Porém, o presente estudo não corrobora com estudos australianos realizados por McClellan; Ada (2004) e Williams et al. (2001), onde os indivíduos apresentaram comprometimento motor leve, evidenciando-se, assim, as diferenças nas políticas públicas de saúde dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

**Tabela 4** – Avaliação das habilidades funcionais na *Motor Assessment Scale* em indivíduos pós-AVE

<b>Itens</b>	<b>Média ± DPM</b>
Decúbito dorsal para lateral sobre o lado bom	4,9±1,6
Passar de decúbito dorsal para sentado	5,2±1,3
Equilíbrio Sentado	4,6±1,3
Passar de sentado para em pé	3,6±2,0
Marcha	3,2±1,7
Função do Membro superior	3,6±2,0
Movimentos das mãos	3,3±2,3
Atividades finas das mãos	2,6±2,3
<b>MAS TOTAL</b>	<b>3,8±1,4</b>

**Fonte: Dados da Pesquisa. Campina Grande – PB, 2011.** (n = 38).

#### **4.3. Perfil da funcionalidade no domínio Atividade e Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF em indivíduos pós-AVE.**

O comprometimento no domínio Atividade e Participação da CIF é apresentado no quadro 1. Existem poucos estudos que analisam o impacto funcional causado pelo AVE a partir desta classificação, em contrapartida, há uma variedade de instrumentos que são usados para medir as repercussões do AVE no âmbito funcional, os quais são operacionalizados sem



considerar o impacto da doença pela perspectiva biopsicossocial proposta pela OMS (ANDRADE, 2008; FARIAS; BUCHALA, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que a principal repercussão do AVE no domínio Atividade e Participação refere-se à mobilidade dos indivíduos, como deslocar-se (92,1%), andar (89,5%), uso da mão e do braço (86,8%), deslocar-se por diferentes locais (84,2%), uso fino da mão (81,6%) e manter a posição do corpo (68,4%). Em relação às categorias andar, deslocar-se e deslocar-se por lugares diferentes, Polese (2008) e Benvengnu et al. (2008) afirmaram que tais limitações são justificadas pela dificuldade dos hemiplégicos em suportar o peso no dimídio afetado, o que dificulta o controle postural na realização de movimentos do tronco e membros. De acordo com Trindade et al. (2011) muitos destes indivíduos relatam quedas e instabilidade postural durante a marcha normal, o que pode se agravar frente às condições ambientais de moradia que dificultem estas atividades, como terrenos acidentados, córregos a céu aberto e ruas sem pavimentação.

A função do membro superior de realizar ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los com uso fino da mão e uso da mão e do braço é para Cirstea (2007) alterada em um primeiro momento após o AVE em 73 a 88% dos sobreviventes, sendo que 55 a 75% continuam com alteração na função, dificultando as AVD durante três a seis meses após o AVE. Senkio et al. (2005) em seu estudo, demonstram que tais dificuldades estiveram relacionadas com a dor localizada no ombro acometido, e que aspectos como a estabilidade na articulação do punho, preensão e melhora na coordenação motora foram fundamentais para beneficiar a execução das atividades de vida diária com mais eficiência (CAVACO, 2010).

Foi constatado nos resultados desta pesquisa, que os itens vestir-se (63,2%), comer (63,2%) e cuidar das partes do corpo (50%), referentes às atividades básicas da vida diária (ABVD's), mostrou-se comprometidas na maioria dos sujeitos. Num estudo realizado por Riberto et al. (2007), evidenciaram que a maioria dos pacientes com sequelas de AVE são dependentes para a alimentação, higiene pessoal e vestir a metade inferior do corpo. Polese et al. (2008) também verificou em sua pesquisa uma dificuldade de pacientes pós-AVE na atividade vestir-se, onde 94% dos sujeitos avaliados apresentavam alguma dependência neste quesito. Um importante determinante que dificulta o desempenho nas atividades cotidianas é o comprometimento no equilíbrio, uma vez que estas atividades envolvem apoio unipodal e alcance que pode extrapolar a capacidade motora de membros inferiores e equilíbrio do hemiparético, aumentando assim o risco de quedas (RIBERTO, 2007; HUXHAM 2001).

Nesse estudo as atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) nas quais os indivíduos apresentaram maior comprometimento foram realização de tarefas domésticas (78,9%), utilização de transporte (76,3%), preparação de refeições (76,3%) e realização da rotina diária (68,4%). Rizette e Trevisan (2004), ao avaliarem a capacidade de pacientes que sofreram AVE na realização de atividades instrumentais, constataram que 70% da amostra utilizava o transporte coletivo de forma independente, 60% não conseguiam planejar e servir refeições sozinhas, e apenas 20% realizavam trabalhos domésticos sem nenhum auxílio. De acordo com Cesário et al. (2006) exigem frequentemente da presença de um cuidador para auxiliar ou supri-los no desempenho destas atividades.

Categorias que refletem a participação na vida social organizada, fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica mostraram-se prevalentes em relação à presença de dificuldades neste domínio, como recreação e lazer (84,2%) e vida comunitária (81,6%). Segundo Baptista (2006) a restrição da participação nessas atividades pode ter efeitos negativos tanto no aspecto de saúde, quanto no papel desses sujeitos na sociedade, podendo resultar em perda de papéis e status e, conseqüentemente, em dependência. Assim, pode levar ao afastamento dos espaços de convivência grupal, sejam eles comunitários, políticos ou religiosos, levando a um isolamento social (RIBEIRO, 2009).

Em relação às funções de aprendizagem e aplicação de conhecimento, que constam de funções com forte envolvimento social do indivíduo, como ler (21,1%), escrever (34,2%) e calcular (39,5%), não se observou algum comprometimento significativo. Alguns indivíduos apresentaram dificuldades na fala (52,6%), porém 60,5% da amostra conseguiam iniciar, manter e finalizar uma conversa com uma ou mais pessoas sem nenhuma dificuldade. Isso indica que os indivíduos conseguem outros meios de se expressarem, para não perderem a interação social. É importante que se crie cada vez mais possibilidades de alcance e de utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, para os indivíduos sequelados de AVE, facilitando cada vez mais a sua inclusão social.

**Quadro 1** – Distribuição da funcionalidade no domínio Atividade e Participação da CIF em indivíduos pós-AVE.

Atividade		Algum comprometimento		Sem comprometimento		Total	
		N	%	N	%	N	%
<i>d166</i>	<i>Ler</i>	8	21,1	16	42,1	24	63,2

<i>d170</i>	<i>Escrever</i>	13	34,2	11	28,9	24	63,2
<i>d172</i>	<i>Calcular</i>	15	39,5	17	44,7	32	84,2
<i>d230</i>	<i>Realizar a rotina diária</i>	26	68,4	11	28,9	37	97,4
<i>d330</i>	<i>Fala</i>	20	52,6	17	44,7	37	97,4
<i>d350</i>	<i>Conversação</i>	15	39,5	23	60,5	38	100
<i>d410</i>	<i>Mudar a posição básica do corpo</i>	20	52,6	18	47,4	38	100
<i>d415</i>	<i>Manter a posição do corpo</i>	26	68,4	12	31,6	38	100
<i>d440</i>	<i>Uso fino da mão</i>	31	81,6	6	15,8	37	97,4
<i>d445</i>	<i>Uso da mão e do braço</i>	33	86,8	3	7,9	36	94,7
<i>d450</i>	<i>Andar</i>	34	89,5	4	10,5	38	100
<i>d455</i>	<i>Deslocar-se</i>	35	92,1	3	7,9	38	100
<i>d460</i>	<i>Deslocar-se por diferentes locais</i>	32	84,2	5	13,2	37	97,4
<i>d465</i>	<i>Deslocar-se utilizando algum equipamento</i>	8	21,1	7	18,4	15	39,5
<i>d470</i>	<i>Utilização de transporte</i>	29	76,3	6	15,8	35	92,1
<i>d475</i>	<i>Dirigir</i>	7	18,4	2	5,3	9	23,7
<i>d510</i>	<i>Lavar-se</i>	18	47,4	20	52,6	38	100
<i>d520</i>	<i>Cuidado das partes do corpo</i>	19	50,0	19	50,0	38	100
<i>d540</i>	<i>Vestir-se</i>	24	63,2	14	36,8	38	100
<i>d550</i>	<i>Comer</i>	24	63,2	14	36,8	38	100
<i>d560</i>	<i>Beber</i>	17	44,7	21	55,3	38	100
<i>d630</i>	<i>Preparação de refeições</i>	29	76,3	7	18,4	36	94,7
<i>d640</i>	<i>Realização das tarefas domésticas</i>	30	78,9	6	15,8	36	94,7
<i>d845</i>	<i>Conseguir, manter e sair de um emprego</i>	10	26,3	3	7,9	13	34,2
<i>d910</i>	<i>Vida comunitária</i>	31	81,6	7	18,4	38	100
<i>d920</i>	<i>Recreação e lazer</i>	32	84,2	5	13,2	37	97,4

**Fonte: Dados da Pesquisa. Campina Grande – PB, 2011.**

## 5. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos é possível sugerir que os indivíduos acometidos de Acidente Vascular Encefálico assistidos nas Estratégias de Saúde da Família da cidade de Campina Grande – PB apresentaram:

- Predomínio do gênero masculino, solteiros, alfabetizados e sexagenários;

- O Acidente Vascular Encefálico isquêmico e o hemisfério direito prevalentes;
- Incapacidades funcionais de moderada a grave, evidenciado pelos altos graus de dependência para realização das AVDs, disfunção grave no membro superior e dificuldade na marcha;
- Alterações da funcionalidade, caracterizadas principalmente pelo comprometimento da mobilidade, da participação na vida social organizada e da execução de tarefas domésticas e de auto-cuidado;

Destaca-se a importância da realização de novos estudos utilizando a Classificação Internacional da Funcionalidade no âmbito da atenção primária à saúde na cidade de Campina Grande, com uma amostra populacional mais representativa, abrangendo também a influência dos fatores ambientais na funcionalidade destes indivíduos, com destaque para o acesso a reabilitação.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Stroke is a chronic degenerative disease and represents a challenge for social impact, as the impact on people's lives, because when non-lethal stroke usually causes serious repercussions for the individual, family and society. **Objective:** This study aims to describe the functional profile of the individuals affected by stroke ascribed in the catchment area of Family Health Teams (FHT's) of Campina Grande - PB. **Materials and Methods:** This was a cross-sectional population-based sample of 38 individuals aged above 18 years, with a maximum of 5 years of involvement. Were applied as an evaluation tool: a sociodemographic and clinical questionnaire, the Rankin Scale, the Motor Assessment Scale (MAS) and the domain of Activity and Participation International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The collected data were analyzed using the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 13.0, and numeric variables presented as mean and standard deviation, and categorical variables were distributed and presented as relative frequency. **Results:** We observed that the sample was comprised of 55.3% males, mean age  $69.4 \pm 14.3$  years and 39.5% were single and 65.8% literate. Regarding clinical data, 63.2% were affected by ischemic stroke (ischemic stroke) and 50% had paralyzed the right affected. Rankin Scale MAS and showed up in most functional incapacity between moderate and severe. In CIF contacted a greater commitment in the categories move (D445) with

92.1%; walking (D450) with 89.5%, use of hand and arm (D445) with 86.5%; recreation and leisure (D920) with 84.2%, and community life (D910) with 81.6%. Conclusion: This study demonstrated that most patients with stroke has chronic consequences in its functionality, especially in its mobility, participation of organized social life and daily activities.

KEY - WORDS: Functionality; Stroke, International Classification of Functioning, Disability and Health

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, P.M.O. Avaliação da Funcionalidade em Crianças e Adolescentes com PC e AVC: um estudo exploratório [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. 144 p. Mestrado em Ciências da Saúde.

BAPTISTA, M.N. et al. Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. **Aval. Psicol.** vol. 5, n. 1, p. 77-85, 2006.

BARBOSA, M.A.R et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Rev Bras Clin Med.** vol. 7, p. 357-360, 2009.

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.** v. 4, n. 1, p. 95-102, 2004.

BARROS, M.B.A; CEZAR, C.L.G.; CARANDINA, L. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc Saúde Coletiva**, vol. 11, p. 911-26, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Mortalidade: Paraíba [citado set 2006]. Brasília; 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obtPB.def>.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Ministério amplia assistência a pacientes com AVC. Brasília; 2012. <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4790/162/ministerio-da-saude-amplia-assistencia-a-pacientes-com-avc.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. PARAÍBA. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação. Brasília; 2009.

BEVENEGNU, A. B. et al. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciência e Saúde.** vol. 1, n.2, p. 71-77, 2008.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R. Stroke prevention in poor countries: time for action. **Stroke.** vol. 38, p. 2871-2, 2007.

BURCU, O. R. A. E. What is the relation between motor functional assessment outcome and activities of daily living after stroke. **Journal of Medical Science**.vol. 5, n.3, p.189-94, 2005.

CANEDA, M. A. G. et al. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. **Arquivos Neuropsiquiatria**, v. 64, n. 3, p. 690-697, 2006.

CARDOSO, T. et al. Acidente Vascular Cerebral do adulto jovem. **Acta médica Portuguesa**. vol. 16, p.239-244, 2003.

CARR, J.H. et al. Investigation of a new motor assessment scale for stroke patients. **Phys Ther**. vol. 65, n. 2, p. 175-80, 1985.

CAVACO, N.S.; ALOUCHE, A.S. Instrumentos de avaliação da função dos membros superiores após acidente vascular encefálico: uma revisão sistemática. **Fisioter Pesqui**. vol.17, n.2, p- 178-83, 2010.

CESÁRIO, C.M.M. et al. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. **Rev Neurocienc**. vol.14, n.1, p.6-9, 2006.

CESSE, E.A.P. et al. Tendência da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório no Brasil: 1950 a 2000. **Arq Bras Cardiol**. vol. 93, n. 5, p. 490-7, 2009.

CIRSTEA, M.C.; LEVIN, M.F. Improvement of arm movement patterns and endpoint control depends on type of feedback during practice in stroke survivors. **Neurorehabilitation and Neural Repair**, v. 21, p. 398-411, 2007.

CONTE, A. L. F. et al. Confiabilidade, compreensão e aceitação da versão em português da Motor Assessment Scale em pacientes com acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 5, p. 405-11, 2009.

CORDINI, K. L. **Estudo da qualidade de vida em pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HU/UFSC que sofreram acidente vascular encefálico**. Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina, Florianópolis, 2005.

CORRÊA, F.I.C. et al. Atividade muscular durante a marcha após acidente vascular encefálico. **Arq Neuropsiquiatr**. vol. 63, n. 3-B, p. 847-51, 2005.

COSTA, J.L.A. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. **Ciênc Saúde Coletiva**. vol. 11, p. 927-40, 2006.

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

COSTA A. M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 47-54, jan. 2002

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

DUNCAN, P. et al. Randomized Clinical Trial of Therapeutic Exercise in Subacute Stroke. **Stroke**, v. 34, p.2173-180, 2003.

FARIA, 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. **Fisioter Pesqui.** vol. 17, n. 3, p. 242-7, set 2010.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M.A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Rev Bras Epidemiol.** vol. 8, n. 2, p. 187-93, 2005.

FALAVIGNA, A. et al. Awareness of stroke risk factors and warning signs in southern Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** vol. 67, n.4, pp. 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. **Rev Bras Saúde Mater Infant.** vol. 4, n. 1, p. 95-101, 2004.

FERNANDES, M. B. et al. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. **Fisioter. mov.** vol.25, n.2, pp. 333-341, 2012. ISSN 0103-5150.

GEYH, S. et al. ICF Core Sets For Stroke. **J Rehabil Med.** vol. 44, p. 135-141, 2004.

GOMES, B.M. et al. Efeito da técnica de reeducação postural global em um paciente com hemiparesia após acidente vascular encefálico. **Acta fisiátrica.** vol. 3, p.103-8, 2006.

GAGLIARDI, R.J. Acidente vascular cerebral ou acidente vascular encefálico? Qual a melhor nomenclatura? **Rev Neurocienc.** vol. 18, n. 2, p. 131- 2, 2010.

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 de caso. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 11, n. 104, 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd104/acidente-vascular-cerebral.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2008.

HUXHAM, F.E.; GOLDIE, P.A.; PATLA, A.E. Theoretical considerations in balance assessment. **The Australian Journal of Physiotherapy**, v. 47, n. 2, p. 89-100, 2001.

JUNQUEIRA, R. T. et al. Efeitos do fortalecimento muscular e sua relação com a atividade funcional e a espasticidade Em indivíduos hemiparéticos. **Revista Brasileira e Fisioterapia.** vol. 8, n. 3, p. 247-52, 2004.

KAPRAL, M.K. et al. Effect of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke. **Stroke.** vol. 33, p. 268-73, 2002.

LAVADOS, P.M. et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. **Lancet Neurol**, v. 6, n. 4, p. 362-372, 2007.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. vol. 4, p. 509-518, 1999.

LOEWEN, S. C. et al. Predictors of stroke outcome using objective measurement scales. **Stroke**. vol. 21, n. 1, p. 78-81, 1990.

LUCENA, E. M. F. et al. A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação. **Acta Fisiátrica**, 2011.

MANSUR, A.R. et al. Stroke and ischemic heart disease mortality trend in Brazil from 1979 to 1996. **Neuroepidemiology**. vol. 22, p. 179-83, 2003.

MAZZOLA, D. et al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v.20, n.001, p. 22-27, 2007.

MCCLELLAN, R.; ADA, L. A six-week, resource-efficient mobility program after discharge from rehabilitation improves standing in people affected by stroke:Placebo-controlled, randomised trial. **Australian Journal of Physiotherapy**. vol. 50, p. 163:67, 2004.

MENDONÇA, F. F. et al. Cuidador familiar de seqüelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. **Physis**. vol. 18, n. 1, p. 143-58, 2008.

MINELLI, C; FEN, L.F.; MINELLI, D.P. Stroke Incidence, Prognosis, 30-Day, and 1-Year Case Fatality Rates in Matão, Brazil - A Population-Based Prospective Study. **Stroke**. vol. 38, n. 11, p. 2906-2911, 2007.

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 internação em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociência**. vol.16, n. 2, p. 118-23, 2008.

NUNES, S.; PEREIRA, C.; SILVA, M. G. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. **Essfisionline**. Setúbal, v. 1, n. 3, 2005. Disponível em:<<http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol1n3/pdfs/Evolucao%20Funcional%20de%20Utentes%20apos%20AVC.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2008.

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.

PEREIRA, A.B.C.N da C. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 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. **Rev Neurocienc.** vol.20, p. 483-6, 2012.

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.** vol. 60, n. 1, p. 47-55, 2002.

POLESE, J. C. et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências.** vol. 16, n. 3, p.175-78, 2008.

RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de Psicologia.** Campinas, v. 11, n. 2, p. 169-177, 2006.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria,** São Paulo, v. 58, n. 1, 2000.

RANKIN, J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. **Scott Med J.** vol. 2, p. 200-15, 1957.

RIBEIRO, K.S.Q.S. A relevância das redes de apoio social no processo de reabilitação. **Rev. bras. ciênc. saúde.** vol. 13, n.2, p. 69-78, 2009.

RIBERTO, M. et al. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiatr.** vol.14, n 2, p. 87-94, 2007.

RIZETTE, D.A; TREVISAN, C.M. Avaliação da capacidade funcional em pacientes portadores de sequelas de AVC. **Saúde, Santa Maria.** vol. 34, n. 1-2, p. 32-36, 2008.

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

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e Incapacidade Humana. **Cad. Saúde Pública.** vol. 25, n. 3, p. 475-483, mar 2009.

SANTOS, A. S. **Validação da escala de avaliação da qualidade de vida na doença cerebrovascular isquêmica para a língua portuguesa** (dissertação). 2007. São Paulo: Universidade de São Paulo. 126p.

SENKIIIO, C.H. et al. Utilização da escala de Fugl-Meyer no estudo do desempenho funcional de membro superior no tratamento em grupo de indivíduos hemiparéticos pós AVE. **Fisiot Bras.** vol. 6, n. 1, p. 13-8.

SRIDHARAN, S.E. et al. Incidence, types, risk factors, and outcome of stroke in a developing country. **Stroke.** vol. 40, p. 1112-8, 2009.

TOMASELLO, F. et al. Assessment of interobserver differences in the Italian multicenter study on reversible cerebral ischemia. **Stroke**. vol. 13, p. 32-34, 1982.

TRINDADE, A.P.N.T et al. Influência da simetria e transferência de peso nos aspectos motores após Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc**. vol.19, n.1, p. 61-67, 2011.

VERONEZI, A.M.G. et al. Avaliação da performance da marcha de pacientes hemiplégicos do projeto hemiplegia. **Fisioterapia em Movimento**, vol. 17, n. 1, p. 31-8, 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. **Rev Bras Fisioter**. vol. 12, n. 2, p. 113-120, 2008.

WILLIAMS, B. K. et al. What is the functional outcome for the upper limb after stroke? **Australian Journal of Physiotherapy**. vol. 47, p. 19-27, 2001.