



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

KAMILA ADRIANE QUEIROZ BARBOSA

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE):
ACESSIBILIDADE À REABILITAÇÃO

CAMPINA GRANDE – PB

2012

KAMILA ADRIANE QUEIROZ BARBOSA

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE):
ACESSIBILIDADE À REABILITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, no formato de artigo, apresentado ao Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof^ª Ms. Maria do Socorro Barbosa e Silva.

CAMPINA GRANDE – PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

B238a Barbosa, Kamila Adriane Queiroz.

Acidente vascular encefálico (AVE): Acessibilidade à reabilitação/ Kamila Adriane Queiroz Barbosa. – 2012.
39 f.: il.

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

“Orientação: Prof^a. Ma. Maria do Socorro Barbosa e Silva,
Departamento de Fisioterapia”.

1. Acidente Vascular Encefálico. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Reabilitação. I. Título.

21. ed. CDD 152.3

KAMILA ADRIANE QUEIROZ BARBOSA

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE):
ACESSIBILIDADE À REABILITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, no formato de artigo, apresentado ao Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: 20. 11. 2012



Profª Ms. Maria do Socorro Barbosa e Silva / UEPB

Orientadora



Profª Drª Carlúcia Ithamar Fernandes Franco / UEPB

Examinadora



Profª Drª Doralúcia Pedrosa de Araújo / UEPB

Examinadora

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE): ACESSIBILIDADE À REABILITAÇÃO

BARBOSA, Kamila Adriane Queiroz .

RESUMO

Introdução: A reabilitação é uma das principais formas de tratamento para o AVE, pois proporciona melhora aos indivíduos, recuperando total ou parcialmente as seqüelas causadas pela doença, sendo essas, motoras, cognitivas, sensitivas, emocionais e sociais, destacando-se por prejudicarem a autonomia e a independência dos indivíduos. Embora a reabilitação seja comprovadamente benéfica, a acessibilidade aos serviços de reabilitação não é uma realidade de todos os indivíduos após o AVE, muitas são as dificuldades de acesso da população aos níveis secundários de assistência. **Objetivo:** Essa pesquisa teve por objetivo identificar o acesso à reabilitação e o comprometimento cognitivo e neurológico dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) de Campina Grande – PB. **Métodos:** A amostra foi composta por 38 pacientes, de ambos os sexos, com no máximo cinco anos de acometimento do AVE, vinculados às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) no município de Campina Grande – PB. Foi utilizado como instrumento de avaliação um questionário elaborado pelos pesquisadores, com perguntas de caráter sócio-demográficas, clínicas e a respeito do acesso à reabilitação. O instrumento usado para avaliar a cognição foi o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e para a determinação do nível de comprometimento neurológico foi usada a Escala de Rankin. Os dados foram analisados através do programa *GraphPadPrism* 4.00, sendo expressos em frequência, média, desvio padrão da média e porcentagem. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o N° 08189.0.133.000-11. **Resultados:** A média etária foi de 69,4 (\pm 14,3 anos), a maior parte da amostra era do sexo masculino (55,3%), o tipo de AVE mais incidente foi o isquêmico (65,8%), 81,5% apresentaram hipertensão arterial. 73,7 % tiveram acesso à reabilitação. O início da reabilitação para 71,4% foi imediatamente após a lesão. Para 50% da amostra, o local da reabilitação foi em Centros de Reabilitação. Para 42,9%, o tempo de realização do tratamento foi mais de seis meses. Dos que tiveram acesso à reabilitação, 39,3% continuavam em tratamento. Em relação à cognição os resultados indicaram a presença de comprometimento cognitivo, e quanto ao comprometimento neurológico, 57,9% apresentaram comprometimento moderado. **Conclusão:** Observou-se que a maior parte dos indivíduos acometidos por AVE teve acesso a reabilitação, embora a maioria não tenha continuado o tratamento. E que a amostra apresentou déficit neurológico e/ou cognitivo.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico, Acesso aos Serviços de Saúde, Reabilitação.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é caracterizado por ser um sinal clínico de rápido desenvolvimento, sua origem é vascular, e seu acontecimento perturba uma região focal e sua função cerebral (ARAÚJO et al., 2008). Apresenta-se como patologia de alto potencial incapacitante e relaciona-se com faixas etárias mais elevadas (COSTA et al., 2010).

O AVE não somente vem acometendo idosos, mas também tem tido predominância em adultos, o que explica o cuidado intensivo com a prevenção dos fatores de risco, principalmente a hipertensão (MAZZOLA et al., 2007).

Apesar da redução das taxas de mortalidade nas últimas décadas, o AVE mundialmente ainda é a segunda principal causa de óbitos e no Brasil, considerando todas as causas de óbito, o AVE se constitui na principal delas (GARRITANO et al., 2012).

A incapacidade causada pelo AVE está relacionada a fatores como, a área cerebral atingida, idade, tempo entre os sinais do AVE e o atendimento, e o início da reabilitação (COSTA et al., 2010). A permanência de seqüelas incapacitantes impõe aos pacientes limitações motoras, sensitivas, de compreensão e expressão dos pensamentos, o que pode alterar a dinâmica da vida das pessoas não somente pelas seqüelas físicas, mas também por comprometer a capacidade de administrar a vida pessoal e familiar (TEIXEIRA; SILVA, 2009).

A patologia modifica o contexto familiar do portador de sequelas do AVE, altera as relações com os familiares, traz consigo o impacto financeiro do tratamento, a dependência física e financeira, o isolamento social e exige o cuidado de profissionais de várias áreas. (MENEZES et al., 2010).

A reabilitação para os pacientes com AVE é de fundamental importância por ser um processo que objetiva à recuperação precoce dos déficits e prepara para a vida em comunidade, buscando o melhor resultado funcional, a independência e a qualidade de vida (CECATTO;ALMEIDA, 2010).

Vários fatores facilitam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida aos serviços de saúde. No estudo de Veloso (2007) as dificuldades mais citadas foram a distância até o local da reabilitação, o transporte para se deslocarem, a autorização do visto da requisição de fisioterapia e a quantidade de sessões liberadas.

Embora a necessidade da reabilitação seja um fato relevante, nem todos os usuários têm acesso a serviços de saúde, e quando se trata de pessoas com deficiência e acesso aos serviços de reabilitação, ainda há muito que se fazer para viabilizar a reabilitação, fazendo-se

necessário a participação de profissionais, usuários e gestores nessa construção (SOUZA; ROCHA, 2010).

A presente pesquisa se justifica pela relevância do assunto pesquisado e necessidade de esclarecer as condições que envolvem o acesso à reabilitação. Nesse contexto, esse estudo teve por objetivo identificar o acesso à reabilitação e o comprometimento cognitivo e neurológico dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) de Campina Grande – PB. Onde a população foi caracterizada sócio, demograficamente e clinicamente, também foram identificados seus fatores de risco, e a sua função cognitiva e neurológica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O AVE é o déficit neurológico em uma área cerebral causado por uma lesão vascular, sendo uma das causas mais comuns de disfunção neurológica na população adulta (BARBOSA et al., 2009).

Pode-se classificar o AVE em dois tipos, isquêmico e hemorrágico. O Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) corresponde a uma queda de fluxo sanguíneo, que se localiza em uma área restrita do encéfalo, sendo causada por obstrução parcial ou total de uma artéria ou por hipofluxo de origem hemodinâmica. A consequência de tal fato leva a uma perda de função do tecido isquêmico (SOUZA, 2009).

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).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o AVE é uma das causas de morte mais importante do mundo, atingindo 16 milhões de pessoas mundialmente por ano, e dessas 6 milhões vão a óbito, sendo considerado a segunda causa de morte na população adulta/idosa. Já no Brasil é a primeira causa de morte.

Dados do Datasus mostraram que em 2011, foram realizadas 172.298 internações por AVE. Em 2010, foram registrados 99.159 óbitos por AVE no Brasil. No Estado da Paraíba foram 2.352 internações devido a AVE, sendo a taxa de mortalidade de 14,46%. Costa et al., (2010), ressalta a significância do número de acometidos e atribui a patologia caráter altamente incapacitante, que acomete o grupo etário com mais de 60 anos, sendo esse grupo mais acometido devido a soma das alterações fisiológicas inerentes a idade.

Os fatores de risco para o AVE podem ser divididos em não modificáveis e modificáveis. Como fator não modificável pode-se citar a hereditariedade, o sexo, a etnia e a idade. Segundo Pereira et al., (2009), indivíduos do sexo masculino, de etnia negra e em faixa etária avançada tem maior probabilidade da ocorrência de AVE. Já os modificáveis são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o diabetes mellitus, o tabagismo, a fibrilação atrial, o sedentarismo, e a dislipidemia. Podendo a maioria das doenças cerebrovasculares ser atribuída à hipertensão e à aterosclerose, sendo a aterosclerose a principal responsável pelos acidentes vasculares encefálicos isquêmicos, e a hipertensão o fator mais prevalente (CASTRO et al., 2009).

A HAS é o principal fator de risco modificável para AVE, seja esse hemorrágico ou isquêmico, tendo os pacientes hipertensos risco de seis vezes de desenvolverem AVE, principalmente do tipo isquêmico. O AVE é umas das patologias que aparece mais concomitantemente com a hipertensão, e provoca uma das maiores taxas de internação (BOING; BOING, 2007; BARBOSA et al., 2009). A hipertensão fornece um risco muito elevado para os vasos, pois lesa o endotélio dando início a disfunção desse e promovendo eventos como a isquemia e a necrose (MELO et al., 2007).

O diabetes mellitus é um fator também de alta prevalência para o desenvolvimento do AVE, sendo o risco de quatro vezes mais, principalmente para os AVEs isquêmicos (BARBOSA et al., 2009). Os portadores de diabetes também apresentam o dobro do risco de morrer deste evento quando comparados à população em geral, isso acontece porque vários fatores presentes no diabetes como a hiperglicemia e a resistência a insulina, favorecem a maior ocorrência de Doenças Cerebrovasculares (DCVs) (SIQUEIRA, 2007).

O tabagismo é a principal causa de morte evitável e está associado a uma série de doenças, inclusive patologias graves. No estudo realizado por Zaitune (2012), 20,9% dos idosos fumantes haviam tido AVE, evidenciando o risco patológico dessa prática. Fumantes que fumam mais de 40 cigarros por dia, apresentam risco duas vezes maior de sofrer uma AVE que fumantes que fumam menos de 10 cigarros dia, em contrapartida parar de fumar reduz essa estimativa e o indivíduo atinge o patamar de não fumante em cinco anos (CASTRO, 2009).

Dentre as doenças cardíacas, a Fibrilação Atrial (FA) é a arritmia cardíaca mais freqüente e que está associada ao prejuízo hemodinâmico e a eventos tromboembólicos, levando a altos custos e a morbimortalidade cardiovascular. A FA é a arritmia que mais causa AVEi. Em estudo realizado em portadores de FA, grande parte da amostra possuía o distúrbio

permanente e a maioria (99,3%) fazia uso de alguma terapia preventiva para AVE. Sendo demonstrativa a forte relação entre essas (FA e AVE) variáveis (PINHO; JÚNIOR, 2010).

O sedentarismo está intrinsecamente associado ao baixo nível de atividade física e como estilo de vida pode ser maléfico para o indivíduo, sendo responsável pelo aumento da prevalência de mortalidade precoce causada por enfermidades. Araújo et al., (2008), constatou em sua pesquisa que o sedentarismo foi o segundo maior fator de risco para a ocorrência de AVE, perdendo apenas para a HAS, podendo estar associado ou não a outros fatores de risco.

As dislipidemias são importantes fatores de risco para a doença aterosclerótica sistêmica, constituindo-se também fator de risco para as doenças vasculares encefálicas. As principais dislipidemias são: baixa taxa de HDL, altos níveis de LDL, aumento total do colesterol e hipertrigliceridemia. E uma das dislipidemias mais frequentes é a placa ateromatosa da artéria carótida interna extracraniana, que pode produzir estenose, conseqüentes embolias artério-arteriais ou hipofluxo nas regiões mais distantes da estenose (SOUZA, 2009).

Dessa forma, o conhecimento sobre a prevalência dos fatores de risco, isolados ou combinados, na população, é necessário para melhor elaboração de programas de prevenção primária e secundária de saúde, afim de uma melhor efetividade desses programas (ARAÚJO et al., 2008).

Clinicamente, o AVE pode manifestar-se de diversas formas. Sendo a mais comum a paralisia (hemiplegia) ou fraqueza muscular (hemiparesia) da metade da face e membros de um lado do corpo, porém outros déficits podem surgir, por exemplo, alterações da fala, sensibilidade, cognição e campo visual. 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).

O AVE pode resultar em déficits neurológicos temporários ou permanentes, com variadas intensidades, que podem comprometer a independência do indivíduo acometido na realização de Atividades de Vida Diária (AVD's). O paciente pode chegar a depender de outras pessoas em suas AVD's básicas, como higiene, locomoção e alimentação (BRITO; RABINOVICH, 2008).

A dependência dos sequelados por AVE pode ser tão grande que os cuidadores tem que se dividirem nas AVDs, como a alimentação, a integridade cutânea, a higiene, as eliminações, a terapêutica, a locomoção e a movimentação do ser cuidado, e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) do cuidador, como preparar as refeições lavar e passar

as roupas, limpar a casa e realizar tarefas domiciliares (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

A perda da mobilidade também é comum após um episódio de AVE, tornando o indivíduo acamado, e comprometendo sensivelmente a autonomia e a independência. Em pesquisa realizada por FIGUEIREDO (2008), com idosos do Piauí, constatou-se que 34% dos idosos acamados visitados, haviam sofrido AVE. E não se limitando ao âmbito físico, as alterações funcionais que tornam os acometidos por AVE dependentes os deixam sem vida própria, causando isolamento social e depressão, desestruturando a vida dessas pessoas como também das suas famílias (CRUZ; DIOGO, 2009).

Uma das esferas também afetada pelo comprometimento neurológico advindo do AVE é a cognição, em muitos casos o comprometimento cognitivo está presente e parece estar relacionado diretamente proporcional a gravidade do AVE. A cognição é tão importante que no âmbito da reabilitação a integridade cognitiva é um requisito para o sucesso terapêutico (COSTA;SILVA;ROCHA, 2011).

O estudo realizado por Maineri et al., (2007), aponta para a existência de associação entre fatores de risco para o AVE e déficit cognitivo, onde os indivíduos com presença de fatores de risco para eventos cerebrovasculares apresentaram prejuízo tanto na função de memória quanto na capacidade de planejamento.

De Ronchi et al., (2007), em seu estudo que analisou a escolaridade na função cognitiva dos indivíduos acometidos por AVE, constataram que além de declínio cognitivo, frequentemente os pacientes desenvolviam demência. Em seu estudo também houve uma forte associação entre o AVE e a demência nos idosos jovens e nas pessoas com mais anos de escolaridade, indicando assim que a doença cerebrovascular parece anular os efeitos da alta escolaridade e da menor idade ante a demência e o prejuízo cognitivo. Os resultados também demonstraram que a ocorrência do AVE aproxima 10 anos do início de uma demência.

Em se tratando de terapêutica para o AVE, a reabilitação é uma das principais formas, pois proporciona melhora aos indivíduos, recuperando total ou parcialmente as seqüelas causadas pela doença, sendo essas motoras, cognitivas, sensoriais, emocionais e sociais, essas se destacam por prejudicarem a autonomia e a independência dos indivíduos (CRUZ; DIOGO, 2009).

Com relação à reabilitação, um número crescente de programas com resultados positivos têm sido proposto para a reabilitação de pacientes com sequelas motoras após AVE. Primariamente a reabilitação envolve a fisioterapia convencional, entretanto, outras técnicas foram propostas recentemente para melhorar a capacidade de suportar esforços, o

desempenho da marcha, as habilidades gerais e a capacidade física. Sendo importante para aperfeiçoar o tratamento, a avaliação dos efeitos de diferentes programas de treinamento que objetivem a funcionalidade e principalmente a competência para deambular (OVANDO, 2010).

A reabilitação para o AVE é voltada à pacientes que requerem uma série de cuidados especiais, e que precisam de uma vida mais funcional, com melhor qualidade e independência. É vital para a vida social do paciente uma intervenção efetiva e funcionalmente baseada na melhora do controle motor em indivíduos com hemiparesia. Uma das abordagens da reabilitação é efetuada pelo fisioterapeuta através da cinesioterapia, essa parece ser uma grande promessa no campo da reabilitação, tendo uma boa abordagem para a marcha e demais necessidades do paciente (SEGURA et al., 2008).

Polese et al., (2008), no seu estudo sobre a funcionalidade de indivíduos com AVE, observou que os pacientes pós-AVE eram independentes ou semi-independentes nas atividades cotidianas, pôde-se atribuir essa realidade ao programa de fisioterapia no qual os indivíduos estavam inseridos, tendo a fisioterapia papel importante no quadro social e sendo meio de evitar o convívio social tardio.

Para uma reabilitação eficaz foram consideradas a avaliação precoce, o acesso rápido a reabilitação interdisciplinar especializada, a intensidade adequada de terapias, a disponibilidade de tratamento ambulatorial, apoios comunitários adequados, e uma atenção especial à prevenção secundária de AVE. O cumprimento dessas normas parece ser um desafio, no entanto, são as expectativas dos pacientes com AVE (TEASELL et al., 2006).

Embora a reabilitação seja comprovadamente benéfica, a acessibilidade aos serviços de reabilitação não é uma realidade próxima de todos os pacientes pós-AVE. Bispo Júnior (2010) ao discorrer sobre a fisioterapia e a saúde coletiva, fala que a dificuldade de acesso da população aos níveis secundários de assistência, sendo a reabilitação contida nesses, é uma realidade nos serviços de fisioterapia, e isso desencadeia um grande contingente de cidadãos com limitações na saúde físico-funcional o que vai agravando cada vez mais a saúde motora.

Veloso et al., (2007) verificaram que em relação ao tratamento fisioterapêutico 44% dos entrevistados só tiveram acesso a assistência fisioterapêutica após 5 anos do acometimento pelo AVE, 34% após 1 ano do desenvolvimento da patologia e 22% após 4 meses. E constatou-se que 88% dos portadores de AVE apresentavam dificuldades para a realização de tratamento.

No decorrer da experiência em serviços da rede básica de saúde observou-se o avanço do número de casos de pessoas com sequela de AVE e a dificuldade que estas enfrentam para

ter acesso aos serviços de reabilitação. Constatou-se também, a instalação de contraturas e deformidades decorrentes do início tardio no tratamento, mostrando a necessidade de acesso dos usuários doentes, em fase imediatamente após a lesão, ao tratamento de reabilitação.

Os usuários que apresentam alguma deficiência física mais grave enfrentam dificuldades para dirigir-se aos serviços de fisioterapia, devido às barreiras arquitetônicas a serem enfrentadas. Quando estes residem nos bairros de periferia e nas favelas, estes problemas se agravam, pois nestes locais é comum a existência de becos estreitos, ladeiras e terrenos acidentados, o que dificulta o deslocamento em cadeiras de rodas e até mesmo o acesso de automóveis (RIBEIRO, 2001).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa foi do tipo transversal, descritiva e analítica, com abordagem quantitativa.

AMOSTRA

A amostra foi por acessibilidade, composta de 38 indivíduos acometidos por AVE.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O indivíduo para ser inserido na pesquisa precisava ter as seguintes características:

- Ter sido acometido por AVE num espaço temporal de até cinco anos.
- Ser vinculado a uma UBSF.
- Podia apresentar déficit cognitivo e/ou déficit de fala.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Usuários que apresentassem doenças neurológicas associadas.

LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas UBSFs da cidade de Campina Grande/PB.

PERÍODO DE COLETA DE DADOS

De outubro de 2010 a outubro de 2011.

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Formulário de Pesquisa desenvolvido pelos pesquisadores, contendo variáveis sócio-demográficas e clínicas, assim como questões relativas ao acesso à reabilitação.

O Mini Exame do Estado Mental – MEEM que é a escala de avaliação cognitiva mais amplamente utilizada na investigação de possíveis déficits cognitivos. É dividido em sete dimensões, que incluem orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, linguagem e construção visual. A pontuação total varia de 0 a 30, e a cada acerto é somado um ponto. Esse instrumento possui validação brasileira considerando a idade e o nível de escolaridade dos indivíduos (ALMEIDA, 1998). E níveis de confiabilidade comprovados. (BERTOLUCCI et al., 1994).

A Escala de Rankin que é utilizada para determinar o nível de comprometimento neurológico. É uma escala de desvantagens, com categorias intermediárias que abordam a marcha. Pode ser usada na avaliação de novos tratamentos, no acompanhamento de evolução clínica e em decisões terapêuticas. Possui níveis de evidência de confiabilidade clinicamente aceitáveis e de boa aplicabilidade (CANEDA et al., 2006).

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O procedimento de coleta de dados foi dividido em duas etapas, para melhor organização das atividades a serem executadas. Etapa I: Os pesquisadores foram treinados na aplicação do formulário até que o nível de confiabilidade estivesse dentro dos padrões aceitáveis para este tipo de pesquisa. Etapa II: Consistiu na aplicação dos formulários de pesquisa no domicílio dos usuários acometidos.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através do programa *GraphPadPrism* 4.00, sendo expressos em frequência, porcentagem, média e desvio padrão da média (dpm).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No presente estudo foram observados os aspectos éticos relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme a Resolução Nº. 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde / MS. Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o Nº 08189.0.133.000-11. Toda a pesquisa foi realizada seguindo os princípios éticos da Declaração de Helsinque, sendo os sujeitos

informados dos objetivos, procedimentos, e da liberdade de saírem da pesquisa sem ônus a qualquer momento. Por conseguinte, registraram sua concordância em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo são frutos de uma pesquisa realizada com relação ao acesso à reabilitação e o comprometimento neurológico e cognitivo de indivíduos acometidos por AVE vinculados as UBSFs de Campina Grande – PB. Estão apresentados em tabelas e serão e discutidos à luz dos trabalhos referenciados na literatura.

4.1. Caracterização sócio-demográfica e clínica de indivíduos acometidos por AVE cadastrados nas UBSFs do município de Campina Grande – PB em conformidade com o seu acesso a reabilitação.

A tabela 1 apresenta os resultados sóciodemográficos quanto ao sexo, idade, escolaridade, renda e estado civil.

Quanto ao sexo pôde-se observar que o sexo masculino foi predominante com 55,3% da amostra, convergindo com os dados de Scalzo et al., (2010), Medeiros et al., (2011) e Fernandes et al., (2012).

Com relação à idade, evidenciou-se uma grande variabilidade quanto à faixa etária, 26 a 94 anos, com média de $69,4 \pm 14,3$ anos, sendo a maioria da população acima de 60 anos. Corroboram com esses resultados as pesquisas realizadas por Leite, Nunes e Corrêa (2009), Cavalcante et al., (2010) e Costa, Silva e Rocha (2011). Autores como Costa et al., 2010 relacionam a ocorrência do AVE as mudanças fisiológicas ocorridas pela idade. Lebrão e Laurenti (2009) relacionam o AVE como complicação da aumentada frequência dos fatores de risco nos idosos, como a hipertensão e o diabetes. Pereira et al., (2009) observaram uma prevalência maior de AVE em idosos, e também um aumento progressivo da prevalência de AVE com o avançar da idade, atribuindo isso, a maior expectativa de vida da população, ao aumento da sobrevivência após o AVE e a melhoria do atendimento de pacientes nos setores de alta e média complexidade.

Quanto à escolaridade, 65,8% (n=25) eram alfabetizados. Estão de acordo com esse resultado os estudos de Scalzo et al., (2010) e Costa, Silva e Rocha (2011). A escolaridade e a renda se relacionam com a classe social, e pessoas de classes sociais mais baixas são frequentemente acometidas por enfermidades crônicas (SCALZO et al., 2010).

Com relação à renda geral da casa, 65,8% (n=25) dos entrevistados afirmaram ser de 1 a 2 salários mínimos. Tendo em vista que essa renda era responsável muitas vezes pelo suprimento de uma família, os entrevistados foram enquadrados como baixa renda. Corroboram com esse resultado o estudo Scalzo et al., (2010), Cavalcante et al., (2010) e Leite, Nunes e Corrêa (2009). Segundo Menezes et al., (2010) o AVE traz consigo o impacto financeiro, deixando o indivíduo dependente financeiramente. De acordo com Cavalcante et al., (2011) o AVE está associado com o decréscimo do nível socioeconômico, pela aumenta incidência dos fatores de risco nesta população.

Quanto ao estado civil, 39,5% dos entrevistados eram solteiros. Os estudos de Polese et al., (2008), Costa et al., (2010) e Cavalcante et al., (2010) divergem desse resultado. Ressaltando a importância do conjugue, Cruz e Diogo (2009) associam o indivíduo casado com a presença de um cuidador que incentiva e auxilia na realização de atividades.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas. (N= 38)

Dados	Valor (%)	N
Sexo		
Masculino	55,3	21
Feminino	44,7	17
Faixa etária (anos)		
25-44	5,3	2
45-59	13,1	5
60 ou mais	81,6	31
Escolaridade		
Alfabetizados	65,8	25
Analfabetos	31,6	12
Não sabiam/não respondeu	2,6	1
Renda (salário)		
Menos de 1	5,3	2
1 a 2	65,8	25
3 ou mais	28,9	11
Estado civil		
Casado	31,6	12
Separado	10,5	4
Viúvo	18,4	7
Solteiro	39,5	15

(Fonte: Dados da pesquisa, 2012)

A tabela 2 mostra o perfil clínico dos pacientes acometidos por AVE, com relação ao tipo de AVE, lado do corpo afetado, número de acometimentos e tempo do acometimento.

Quanto ao tipo, predominou o AVE isquêmico, atingindo 65,8% (n=24) dos indivíduos. O AVE hemorrágico atingiu 5,2% (n=3) e 29% (n=10) da amostra não soube informar o tipo de AVE incidente. Segundo Costa, Silva e Rocha (2011) o AVE hemorrágico é o menos incidente, no entanto é a forma mais grave e acarreta maiores complicações neurológicas. Apesar disso esse tipo apresenta melhor prognóstico funcional durante a reabilitação. Corroboram com esses resultados do presente estudo as pesquisas realizadas por Polese et al., (2008), Barbosa et al., (2009) e Scalzo et al., (2010), que encontraram maior

incidência do AVE isquêmico. A parte da amostra que não soube informar o tipo de AVE acometido, converge com dados da pesquisa de Pereira et al., (2009), a qual apresentou um percentual de 28% de AVE não especificados, atribuindo a falta de recursos da saúde na realização de exames, a dificuldade de atendimento especializado por neurologista, e aos pacientes que evoluíram bem e recebiam alta sem a realização de uma tomografia.

Com relação ao lado do corpo afetado, pôde-se observar que em 50% (n=19) o hemisfério direito foi o mais atingido, em 44,7% (n=17) foi o hemisfério esquerdo e em 5,3% (n=2) foram ambos os lados acometidos, divergindo dos estudos de Leite, Nunes e Corrêa (2009), Scalzo et al., (2010), e Costa, Silva e Rocha (2011) que encontraram o lado esquerdo como o mais atingido.

Quanto ao número de vezes da ocorrência do AVE, 71,1% (n=27) sofreram um evento de AVE. Corroborou com esse resultado o estudo de Cruz e Diogo (2009). A média do número de vezes de acometimento foi $1,36 \pm 0,75$ vez. Está de acordo com esse resultado o estudo de Costa et al., (2010). Na realização da pesquisa percebeu-se que o número de eventos de AVE era diretamente proporcional a gravidade do quadro clínico do paciente.

Quanto ao tempo de acometimento do AVE a maioria da amostra havia sofrido o evento de 24 a 35 meses atrás. O tempo médio decorrido foi de 24 meses $\pm 15,9$, indicando a fase crônica da patologia, que segundo PRADO et al., 2011 começa após os seis meses iniciais. Esses resultados corroboram com o estudo de Araújo et al., (2008) e Scalzo et al., (2010).

Tabela 2 – Perfil clínico dos indivíduos acometidos por AVE. (N= 38)

Dados Clínicos	Valor (%)	N
Tipo de AVE		
Isquêmico	63,2	24
Hemorragico	10,5	4
Não sabiam	26,3	10
Lado afetado		
Direito	50	19
Esquerdo	44,7	17
Ambos	5,3	2
Nº de acometimentos ao longo da vida		
Uma vez	71,1	27
Duas vezes ou mais	28,9	11
Tempo decorrido do último acometimento (meses)		
De 0 à 11	26,3	10
De 12 à 23	15,8	6
De 24 à 35	28,9	11
De 36 à 47	15,8	6
De 48 à 60	13,2	5

(Fonte: Dados da pesquisa, 2012)

4.1 Análise da incidência de doenças crônico-degenerativas de indivíduos acometidos por AVE cadastrados nas UBSFs do município de Campina Grande – PB em conformidade com o seu acesso a reabilitação.

A Tabela 3 demonstra as doenças crônico-degenerativas incidentes nos pacientes de AVE. 89,5% (n=34) da amostra relataram ter alguma patologia desse caráter. As patologias pesquisadas foram a Hipertensão Arterial com 81,5% (n=31), as Cardiopatias com 34,2% (n=13), o Diabetes Mellitus com 34,2% (n=13) e as Doenças Reumáticas com 21% (n=8).

Houve uma grande prevalência de doenças crônico-degenerativas associadas ao AVE, esse resultado convergiu com o estudo de Scalzo et al., (2010). Dentre essas patologias destacam-se a Hipertensão Arterial, o Diabetes Mellitus e as Cardiopatias, porque constituem-se em fatores de risco. A hipertensão oferece um risco de seis vezes para o desenvolvimento do AVE (BOING;BOING, 2007) e o diabetes de quatro vezes (BARBOSA et al., 2009).

Estão de acordo com esses dados autores em seus estudos como o de Castro et al., (2009), no qual a hipertensão foi o fator de risco mais prevalente (73,6%), seguido pelo diabetes mellitus (39,3%), dislipidemia (39,3%), insuficiência coronariana (18,6%) e etilismo (4%). No presente estudo a HA foi o fator mais incidente, e as cardiopatias foram tão incidentes quanto o diabetes melitus. No trabalho de Barbosa et al., (2009), a HA foi o fator também mais incidente com 97%, seguido pelo diabetes 47,6%, tabagismo 11,2% e hipercolesterolemia 3,7%. O estudo de Cavalcante et al., (2010), constatou que os pacientes com AVE, 77,2% eram hipertensos, 23,5% eram diabéticos, 31,9% eram fumantes e 21,2% consumiam álcool. Pierre et al., (2008) ao analisar os fatores de risco em idosos com mais de 80 anos com AVEi, concluiu que a hipertensão e a fibrilação atrial que afetavam os indivíduos em 72% e 26%, respectivamente, deveriam ser tratados agressivamente pelo risco de um novo evento.

Tabela 3 - Doenças Crônico-Degenerativas associadas ao AVE. (N= 38)

Doença Crônico-degenerativa	Valor (%)	N
Hipertensão Arterial	81,5	31
Cardiopatias	34,2	13
Diabetes Mellitus	34,2	13
Doença Reumática	21,0	8

(Fonte: Dados da pesquisa, 2012)

4.3. Análise da acessibilidade a serviços de reabilitação de indivíduos acometidos por AVE cadastrados nas UBSFs do município de Campina Grande – PB.

A tabela 4 mostra os resultados quanto ao acesso à reabilitação, quando foi iniciada, em qual serviço o paciente fez a reabilitação, por quanto tempo, qual profissional da área de saúde envolvido, se houve a continuação do tratamento e o por quê da não realização do tratamento no caso dos que não tiveram acesso à reabilitação.

Dos entrevistados, 73,7 % (n=28) tiveram acesso à reabilitação, e desses 57,1% (n=16) tinham encaminhamento de referência para a procura do serviço. Corroborando com esse resultado, Leite, Nunes e Corrêa (2009) concluíram que 64,7% da sua amostra tiveram acesso ao serviço de fisioterapia, e em se tratando dos resultados da reabilitação, Cruz e Diogo (2009) ao avaliarem a capacidade funcional de idosos com AVE constataram que a parte da mostra que havia tido acesso a reabilitação tinha resultados superiores aos indivíduos que não

tinham tido acesso, e apontaram para a necessidade de se investir em estratégias de reabilitação que venham a amenizar as perdas funcionais advindas da própria idade e, principalmente, das sequelas de AVE.

Com relação ao tempo de início da reabilitação, para 71,4% (n=20) o acesso foi imediatamente após a lesão, para 17,9% (n=5) após três a seis meses, e para 10,7% (n=3) após doze meses da lesão. Estudos convergem quanto a preconização do acesso imediato à reabilitação, como o de Veloso et al., (2007), que defendeu a reabilitação o mais cedo possível concomitante ao diagnóstico do AVE, para obtenção da independência funcional dos pacientes, prevenção de complicações, maximização dos resultados funcionais e auxílio no retorno à comunidade, bem como o de Cecatto e Almeida (2010) que ao discorrerem sobre a reabilitação na fase aguda enfatizaram a necessidade de se iniciar precocemente intervenções, visando facilitar a recuperação e a prevenção de complicações futuras. Afirmando também que a reabilitação precoce corrobora com a melhora funcional a médio e longo prazo. Já Costa et al. (2010) relacionou a recuperação completa das seqüelas do AVE com vários fatores e entre eles o tempo de início das atividades de reabilitação na fase aguda.

Quanto ao serviço que o paciente realizou o tratamento, 50% (n=14) realizaram em Centros de Reabilitação, 32,1% (n=9) no domicílio do paciente e 17,9% (n=5) em hospital. De acordo com Leite, Nunes e Corrêa (2009) para que seja proporcionada Fisioterapia domiciliar é importante a inserção do fisioterapeuta nas Estratégias de Saúde da Família-ESF, com os objetivos de identificar, avaliar e tratar os indivíduos, atuar na prevenção dos fatores de risco e encaminhá-los aos centros de reabilitação especializados em pacientes com AVE. E em se tratando da equipe de reabilitação hospitalar, Cecatto e Almeida (2010) relataram que o objetivo da equipe é a identificação dos fatores de risco para complicações clínicas e neurológicas secundárias, esses determinantes na evolução e prognóstico da lesão.

Com relação ao tempo de realização da reabilitação, foi mais de seis meses para 42,9% (n=12), de um a três meses para 35,7% (n=10), de quatro a seis meses para 10,7% (n=3) e menos de um mês para 10,7% (n=3). Convergingo com esses resultados, Mazzola et al., (2007) observaram que parte da amostra do seu estudo não continuou com o tratamento pelo difícil acesso ao serviço e pela falta de transporte, e outros pacientes receberam alta rápido, o que foi atribuído a cronicidade do AVE e a não melhora funcional. Na experiência da pesquisa pôde-se observar que o tempo da reabilitação não foi proporcional a necessidade requerida pelo quadro clínico dos pacientes. Em muitos domicílios foi visto indivíduos com a funcionalidade muito reduzida e que por diversos motivos não deram continuidade ao tratamento.

Dos profissionais envolvidos na reabilitação, os fisioterapeutas estiveram envolvidos em 100% (n=28) dos tratamentos, os fonoaudiólogos em 10,7% (n=3), os terapeutas ocupacionais em 3,6% (n=1), e outros profissionais foram citados por 7,1% (n=2). Com relação aos fisioterapeutas, Veloso et al., (2007) em seu estudo sobre a assistência fisioterapêutica ao paciente com AVE, afirmou que sua amostra qualificou a fisioterapia como muito importante, pois a realização do tratamento os faziam se sentir mais independentes e autônomos, também relataram que a fisioterapia trouxe de volta os movimentos perdidos e lhe dava forças para lutar contra as sequelas deixadas pelo AVE.

Quanto equipe de reabilitação, Menezes et al., (2010) defendem que a equipe que cuida dos portadores de AVE deve portar-se como educadora, a fim de minimizar sentimentos como o sofrimento, a angústia e as tensões, isso através do diálogo e da partilha de conhecimentos, sempre conscientizando os pacientes da importância do tratamento para melhor qualidade de vida. Cecatto e Almeida (2010) discorreram sobre a necessidade das equipes de reabilitação serem interdisciplinares para que o tratamento desenvolva ao mesmo tempo as áreas motoras, cognitivas, emocionais, sociais e familiares. Ao longo das entrevistas pôde-se observar o grande apreço que os pacientes tinham pelos profissionais de saúde, sempre os caracterizando-os como pessoas gentis, amáveis e atenciosas.

Ao serem indagados da permanência do tratamento, 39,3% (n=11) relataram que até momento continuavam. Scalzo et al., (2010) defenderam a continuação do tratamento fisioterápico pelo indivíduos na fase crônica, para a manutenção das habilidades adquiridas e prevenções de complicações, pois seu estudo constatou uma correlação entre o tempo tratamento e a percepção de uma melhor qualidade de vida, neste contexto os autores Costa, Silva e Rocha, (2011) alertaram para a quantidade de tempo que os pacientes com AVE geralmente deve permanecer no serviço de reabilitação devido a severidade clínica da patologia. Assim, pode-se observar que os motivos que interferiram na continuação do tratamento eram semelhantes aos das pessoas que não tiveram acesso à reabilitação.

Tabela 4 – Características do acesso à reabilitação. (N: 28)

REABILITAÇÃO		
Acesso	Valor (%)	N
Sim	73,7	28
Não	26,3	10
Início		
Até um mês após a lesão	71,4	20
De 3 a 6 meses	17,9	5
Após 12 meses	10,7	3
Local		
Centro de Reabilitação	50	14
Domicílio	32,1	9
Hospital	17,9	5
Duração (mês)		
Mais de 6	42,9	12
De 1 a 3	35,7	10
De 4 a 6	10,7	3
Menos de 1	10,7	3
Profissionais		
Fisioterapeuta	100	28
Fonoaudiólogo	10,7	3
Terapeuta Ocupacional	3,6	1
Outros	7,1	2
Continuação		
Sim	39,3	11
Não	60,7	17

(Fonte: Dados da pesquisa, 2012)

Na tabela 5 mostra os resultados dos indivíduos que não tiveram acesso à reabilitação, que correspondeu a 26,3% (n=10). Para 60% (n=6), foram vários os motivos que inviabilizaram a realização da reabilitação, como a falta de profissionais e encaminhamento, a instabilidade hemodinâmica ou até mesmo, o não gostar de profissionais da saúde. 30% (n=3)

relataram a falta de locomoção e 10% (n=1) a falta de vaga, corroborando com esses resultados, Travassos e Viacava (2008) relataram que uma barreira importante para o acesso a serviços de saúde enfrentada principalmente pelos idosos é a pouca disponibilidade de serviços, particularmente nas áreas muito povoadas. Também grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte e baixa renda são fatores que, associados reduzem a utilização de serviços de saúde. Leite, Nunes e Corrêa (2009) defenderam a viabilização de transporte dos pacientes que, sem condições financeiras, não têm acesso aos serviços ambulatoriais de fisioterapia e permanecem desamparados. Costa, Silva e Rocha (2011) verificaram que em todas as instituições de reabilitação das suas pesquisas, existiam listas de espera de pacientes pós-AVE, os mesmos acreditam que pode ser devido ao alto nível de comprometimento da patologia, que levaria a um tratamento prolongado, inviabilizando a assistência aos pacientes recém-acometidos por AVE. Através dos resultados, observa-se que as causas citadas pelos indivíduos participantes da pesquisa com relação a falta de acesso a reabilitação, são semelhantes as descritas na literatura.

Tabela 5 – Causas da não acessibilidade à reabilitação. (N: 10)

Motivos	Valor (%)	N
Falta de Locomoção	30	3
Falta de Vaga	10	1
Outros	60	6

(Fonte: Dados da pesquisa, 2012)

A Tabela 6 apresenta os resultados quanto à continuação de uma atividade laboral e a participação em um programa de reinserção profissional. 71,4% (n=27) dos indivíduos entrevistados não continuaram trabalhando após o acometimento do AVE, mas desses, 26,3% (n=10) já não trabalhavam antes do AVE. Corroborando com esses resultados Vestling, Ramel e Iwarson (2005) constataram que 64,6% da sua amostra não voltaram a trabalhar, e que em uma análise da qualidade de vida dos entrevistados, as questões relacionadas a aspectos financeiros e a aspectos intrínsecos do trabalho foram consideradas as mais importantes. Os autores sugeriram que os aspectos subjetivos ao trabalho necessitam ser explorados e discutidos exaustivamente na reabilitação de jovens pacientes com AVE. Ao avaliarem a recuperação após o AVE Hofgren et al., (2007), constataram que apenas 20% dos indivíduos após três anos do AVE, haviam voltado ao trabalho. Esses autores associaram a

disfunção cognitiva como fator relacionado ao não retorno ao trabalho. Busch et al., (2009) ao analisar as diferenças sócio-demográficas para o retorno ao trabalho após o AVE, observou que um melhor resultado funcional estava associado ao retorno do trabalho remunerado, e que fatores como a etnia negra, sexo feminino, idade avançada, diabetes e a dependência na fase aguda, foram independentemente associados a menor chance de voltar ao mercado de trabalho.

Hofgren, Esbjörnsson e Sunnerhagen (2010) pesquisaram sobre o retorno ao trabalho após uma lesão cerebral adquirida, e concluíram que lesões cerebrais traumáticas (em detrimento do AVE), idade jovem e menor necessidade de reabilitação forma associados com uma maior taxa de retorno ao trabalho.

Quanto à participação em um programa de reinserção profissional 97,7% (n=37) respondeu não ter participado de nenhuma atividade similar a essa.

Tabela 6 - Atividade Profissional. (N: 38)

ATIVIDADE PROFISSIONAL		
Continuação pós-AVE	Valor (%)	N
Sim	2,3	1
Não	71,4	27
Já não trabalhavam	26,3	10
Reinserção Profissional		
Sim	2,3	1
Não	97,7	37

(Fonte: Dados da pesquisa, 2012)

4.4. Perfil do estado cognitivo de indivíduos acometidos por AVE cadastrados nas UBSFs do município de Campina Grande – PB.

A Tabela 7 mostra os resultados quanto à cognição dos pacientes pós AVE. Dos entrevistados 65,8% (n=25) sabiam ler e escrever, 31,6% (n=12) eram analfabetos e 2,6% (n=1) não soube informar. Nesse estudo a média do MEEM dos alfabetizados foi de $21 \pm 6,5$, dos analfabetos foi de $14 \pm 7,4$. Segundo os pontos de corte brasileiros validados por Almeida (1998), que são 23/24 para alfabetizados e 19/20 para analfabetos, a média encontrada para alfabetizados e analfabetos ficou abaixo da esperada, sendo sugestivas de comprometimento

cognitivo nessa população. Os resultados de Costa, Silva e Rocha (2011) para alfabetizados e analfabetos coincidem com os resultados do presente estudo.

No presente estudo a média geral foi de $19,2 \pm 7,0$, ficando abaixo da média esperada (23) e indicando déficit cognitivo. Estão de acordo com esse resultado os estudos de Scalzo et al., (2010) e Campos et al., (2012).

A extensão e a topografia da lesão influenciam o estado cognitivo do paciente com AVE, quanto maior a gravidade do estado neurológico menor o desempenho cognitivo, e a negligência do déficit cognitivo dificulta o sucesso do tratamento (COSTA, SILVA e ROCHA, 2011).

O comprometimento cognitivo foi uma característica marcante durante as entrevistas com os indivíduos, mesmo a pesquisa sendo realizada no domicílio do entrevistado muitas vezes eles apresentavam dificuldade espacial. Esperava-se que pelo fato do indivíduo estar no seu domicílio diminuísse a ansiedade e fosse mais fácil responder o instrumento.

Tabela 7 – Perfil do estado cognitivo através do MEEM modificado de indivíduos acometidos por AVE. (N: 38)

	MÉDIA	VALOR (%)
Alfabetizados	$21 \pm 6,5$	65,8
Analfabetos	$15,1 \pm 6,3$	31,6
Geral	$19,2 \pm 7,0$	100

(Fonte: Dados da pesquisa, 2012)

4.5 Evolução funcional de indivíduos acometidos por AVE cadastrados nas UBSFs no município de Campina Grande – PB.

A Tabela 8 apresenta a análise da Escala de Rankin, pôde-se observar que 28,9% dos pacientes foram enquadrados nos Grau III, correspondente a incapacidade moderada; o grau I também apresentou 28,9%, o que indica sem incapacidade significativa; 23,7% apresentaram 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%.

Os resultados mostraram que 42,1% (n = 16), foram classificados até o grau II, correspondente a incapacidade leve e que 57,9% foram classificados com grau igual ou acima de III, incapacidade moderada a grave. Os resultados de Reid et al., (2007) corroboram com os resultados da presente pesquisa, esses autores avaliaram o estado funcional da sua amostra

(538 pacientes) 6 meses após a ocorrência do AVE, e consideraram o resultado como uma boa evolução funcional, já que 42% dos pacientes foram classificados na Escala de Rankin com resultado até o grau 2. Não convergiu com os resultados do presente estudo a pesquisa de Fernandes (2012), o pesquisador utilizou a Escala de Rankin para avaliar a dependência funcional da sua amostra (n= 355). Ele considerou que resultados até o grau II, classificavam o indivíduo como independente e resultados maiores que o grau III classificava os indivíduos em dependentes. Na sua avaliação após 28 dias do AVE, ele verificou que 60% eram independentes e 40 % eram dependentes, posteriormente (180 dias) ele avaliou novamente a população e não constatou diferença muito grande dessa estatística, onde 65,6% considerou-se independente e 34,6 % dependente.

No presente estudo a média total para a Escala de Rankin foi de $2,5 \pm 1,4$. Corroborando com os resultados da presente pesquisa, Whiting et al., (2011) em seu estudo de coorte acompanhou o desfecho do AVE em idosos, após 5 anos 60% da amostra havia falecido e os 40% restantes tinham média de $3,1 \pm 1,5$ na Escala de Rankin, demonstrando o estadiamento da doença na fase crônica. E Medeiros et al., (2011) estimou a gravidade do AVEi na fase aguda através da Escala de Rankin e obteve como média $2,9 \pm 1,4$, sendo essa muito próxima do grau III que classifica os indivíduos com incapacidade moderada. A comparação entre as médias anteriormente citadas demonstra que a fase aguda é preditora da fase crônica, o que pôde ser visto no presente estudo, pois os pacientes que relataram pior estado clínico na fase aguda geralmente apresentavam maior comprometimento neurológico na fase crônica.

Tabela 8 – Evolução funcional através da Escala de Rankin. (N: 38)

GRAU	N	VALOR (%)
0	2	5,3
I	11	28,9
II	3	7,9
III	11	28,9
IV	9	23,7
V	2	5,3

(Fonte: Dados da pesquisa, 2012)

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a maior parte da população teve acesso à reabilitação, os tratamentos foram feitos em sua maioria em centros de reabilitação, o fisioterapeuta esteve presente em todos tratamentos, a maior parte da amostra realizou tratamento por mais de 6 meses, aproximadamente 40% dos pacientes ainda continuavam em tratamento, e quem não fez reabilitação alegou várias causas entre elas a falta de encaminhamento e de profissional.

A representação do acesso a reabilitação dos indivíduos pesquisados mostrou a realidade de pacientes que ante a uma patologia crônica necessitam de tratamento específico, e que muitos fatores influenciam tanto no acesso à reabilitação quanto na continuação do tratamento. Porque não basta só conseguir começar o tratamento, a continuação do tratamento é tão importante quanto, pois é através dela que podemos ver a evolução dos pacientes.

O cenário encontrado quanto à cognição dos pacientes trouxe resultados já supostos na literatura, pois os pacientes da pesquisa ficaram abaixo das médias estimadas para seu nível de escolaridade. Isso pôde ser visto pela dificuldade de responder aos questionários e instrumentos propostos, onde muitas vezes os pacientes precisavam da ajuda dos seus cuidadores para responder questões simples do seu dia-a-dia.

E quanto ao comprometimento neurológico os pacientes mostraram em sua maioria estarem alocados em graus de dependência variados, pois muitos deles necessitavam da ajuda do cuidador para as AVDs.

Nesse contexto a fisioterapia é muito importante na reabilitação dos pacientes com AVE, pois ao ver o indivíduo numa visão holística, trata o paciente como um todo e assim influencia em todas as áreas da sua vida. Por isso que a inclusão do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da família (ESF) não é mais um assunto a ser questionado e sim posto em prática, pois muitos dos pacientes até tiveram acesso à reabilitação através do PSF, mas o fisioterapeuta foi limitado a poucas visitas e orientações gerais tendo em vista o número de unidades a atender.

A partir do presente estudo sugere-se a realização de pesquisa semelhante com uma amostra maior, a inclusão de outros fatores de risco na pesquisa como o tabagismo e a avaliação do comprometimento cognitivo antes da realização do tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Rehab is one of the main forms of treatment for stroke, it provides improves to individuals recovering all or part of the sequel e caused by the disease, and these, motor, cognitive, sensory, emotional and social harm by highlighting the autonomy and independence of individuals. While rehabilitation is demonstrably beneficial, accessibility to rehabilitation services is not real close to all patients with stroke, many are the difficulties of the population access to secondary levels of care. **Objective:** This study aimed to identify the access to rehabilitation and cognitive impairment and neurological users of the Basic Units of Family Health (UBSFs) of Campina Grande - PB. **Methods:** The sample consisted of 38 patients, of both sexes, with a maximum of five years of onset of stroke, linked to the Basic Family Health (UBSFs) in Campina Grande - PB. Was used as an evaluation tool a questionnaire prepared by the researchers with questions of socio-demographic, clinical and respect of access to rehabilitation. The instrument used to assess cognition was the Mini Mental State Examination (MMSE) and the Rankin scale was used to determine the level of neurological impairment. The data were analyzed using the program GraphPadPrism 4.00, and are expressed as frequency and percentage. The study was approved by the Ethics Committee of the Universidade Estadual da Paraíba under No. 08189.0.133.000-11. **Results:** Mean age was 69.4 (\pm 14.3 years), the majority of the sample was male (55.3%), The type of stroke was more common ischemic (65.8%) , 81.5% had hypertension. 73.7% had access to rehabilitation. The early rehabilitation was 71.4% immediately after injury. For 50% of the sample, was the site of rehabilitation in rehabilitation centers. To 42.9%, the time of completion of treatment was more than six months. Of those who had access to rehabilitation, 39.3% remained in treatment. Regarding cognition, the results indicated the presence of cognitive impairment, and about the neurological, 57.9% had moderate impairment. **Conclusion:** It was observed that the majority of affected individuals had access by stroke rehabilitation, although most have not continued treatment. And that the sample had neurological and / or cognitive.

KEYWORDS CHAVE: Stroke, Access to Health Services, Rehabilitation.

6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O.P. Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. **Arquivos Neuropsiquiatria**. vol. 56, n. 3-B, p. 605-612, 1998.
- ARAÚJO, A. P. S., SILVA, P. C. F., MOREIRA, R. C. P. S., BONILHA, S. F. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com acidente vascular encefálico atendidos no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da UNIPAR. **Arquivos de Ciências de Saúde da Unipar**. Umuarama, v. 12, n. 1, p. 35-42, jan./abr. 2008.
- BARBOSA, M.AR; BONA, S.F; FERRAZ, C.L.H; BARBOSA, N.M.R; SILVA, I.M.C; FERRAZ, T.M.B.L. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, ano 7, 357-360, 2009.
- BERTOLUCCI, P.H.F; BRUCKI, S.M.D; CAMPACCI, S.R; JULIANO, Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma População Geral. **Arquivos Neuropsiquiatria**. v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BISPO JUNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & saúde coletiva**. Supl. 1, vol. 15, p. 1627-1636, 2010.
- BOING, A.C; BOING, A.F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**. vol. 14, n. 2, p.84-88, 2007.
- BRITO, E.S; RABINOVICH, E.P. A família também adoecer!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. vol. 12, n. 27, p. 783-794, 2008.
- BUSCH, M.A; COSHALL, C; HEUSHMANN, P.U; MCKEVITT, C; WOLFE, C.D. Sociodemographic differences in return to work after stroke: the South London Stroke Register (SKSR). **Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry**. vol. 80, n. 8, p. 888-893, aug. 2009.
- CAMPOS, T.F; RODRIGUES, C.A; FARIAS, I.M.A; RIBEIRO, T.S; MELO, L.P. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, vol. 16, n. 1, jan.-fev. 2012.
- CANEDA, M. A. G; FERNANDES, J.G; ALMEIDA, A.G; MUGNOL, F.E. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. **Arquivos Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 64, n. 3ª, p. 690-697, 2006.
- CASTRO, J.A.B; EPSTEIN, M.G; SABINO, G.B; OLIVEIRA, G.L; BLANKENBURG, N.C; STASZKO, K.F; FILHOS, W.A. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, ano 7, vol. 7, p.171-173, 2009.

CAVALCANTE, T.F; MOREIRA, R.P; ARAÚJO, T.L; LOPES, M.V.O. Demographic Factors and Risk Indicators of Stroke: Comparison Between Inhabitants of Fortaleza Municipal District and the National Profile. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol. 18, n. 4, p. 703-708, jul.-ago. 2010.

CECATTO, R.B; ALMEIDA, C.I. O planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, vol. 17, n.1, p. 37-43, 2010.

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

COSTA, F.A; SILVA, D.L.A; ROCHA, V.M. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, vol. 45, n.5, p. 1083-1088, out. 2011.

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

CRUZ, K.C.T; DIOGO, M.J.D'E. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, vol. 22, n. 5, p. 666-672, 2009.

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

DE RONCHI, D; PALMER, K; PIOGGIOSI, P; ATTI, A.R; BERARDI, D; FERRARI, B. DALMONTE, E; FRATIGLIONI, L. The combined effect of age, education, and stroke on dementia and cognitive impairment in the elderly. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**. Basel, vol. 24, n. 4, p. 266-273, sep. 2007.

FERNANDES, T.G; GOULART, A.C; SANTOS JUNIOR, W.R; ALENCAR, A.P; BENSEÑOR, I.M; LOTUFO, P.A. Educational levels and the functional dependence of ischemic stroke survivors. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 28, n. 8, p. 1581-1590, ago. 2012.

FIGUEIREDO, M.L.F; LUZ, M.H.B.A; BRITO, C.M.S; SOUZA, S.N.S; SILVA, D.R.S. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado do domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 61, n. 4, p. 464-469, jul-ago. 2008.

GARRITANO, C.R; LUZ, P.M; PIRES, M.L.E; BARBOSA, M.R.S; BATISTA, K.M. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2012; [online].ahead print, PP.0-0

HOFGREN, C; BJÖRKDAHL, A; ESBJÖRNSSON, E; SUNNERHAGEN, K.S; STIBRANT-SUNNERHAGEN, K. Recovery after stroke: cognition, ADL function and return to work. **Acta Neurologica Scandinavica**. Copenhagen, vol. 115, n. 2, p. 73-80, fev. 2007.

HOFGREN, C; ESBJÖRNSSON, E; SUNNERHAGEN, K. return to work after acquired brain injury: facilitators and hindrances observed in a sub-acute rehabilitation setting. **Work Reading**. Massachussetts, vol. 36, n. 4, p. 431-439, 2010.

LEITE, H.R; NUNES, A.P.N; CORRÊA, C.L. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na estratégia de saúde da família em Diamantina, MG. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, vol. 16, n.1, p. 34-39, mar. 2009.

MACHADO, A.L.G; JORGE, M.S.B; FREITAS, C.H.A. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol.62, n. 2, p. 246-251, abr. 2009.

MAZZOLA, D; POLESE, J.C; SCHUSTER, R.C; OLIVEIRA, S.G. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v.20, n.001, p. 22-27, 2007.

MAINERI, N.L; XAVIER, M.F; BERLEZE, M.C.C; MORIGUCHI, E.H. Fatores de risco para Doença Cerebrovascular e Função Cognitiva em idosos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, vol. 89, n. 3, p.158-162, 2007.

MEDEIROS, C.A.M; BRUIN, V.M.S; CASTRO-SILVA, C; ARAÚJO, S.M.H.A; CHAVES JUNIOR, C.M; BRUIN, P.F.C. Neck circumference, a bedside clinical feature related to mortality of acute ischemic stroke. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, vol. 57, n. 5, set-out. 2011.

MENEZES, J.N.R; MOTA, L.A; SANTOS, Z.M.S.A; FROTA, A.F. Repercussões psicossociais do AVC. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**. Fortaleza, vol. 23, n.4, p. 343-348, out/dez. 2010.

MELO, S.E.S.F; YUGAR-TOLEDO, J.C; COCA, A.P; MORENO JÚNIOR, H. Hipertensão arterial, aterosclerose e inflamação: o endotélio como órgão-alvo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. vol. 14, n.4, p.234-238, out-dez. 2007.

OVANDO, A.C; MICHAELSEN, S.M; DIAS, J.A; HERBER, V. Treinamento de marcha, cardiorrespiratório e muscular após acidente vascular encefálico: estratégias, dosagens e desfechos. **Fisioterapia e Movimento**. Curitiba, vol. 23, n. 2, p. 253-269, abr-jun. 2010.

PEREIRA, A.B.C.N.G; ALVARENGA, H; PEREIRA JÚNIOR, R.S; BARBOSA, M.T.S. Prevalência de acidentes vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 25, n. 9, p. 1929-1936, set. 2009.

PIERI, A; SPITZ, M; LOPES, T.O; BARROS, C.G; FAULHABER, M.W; GABBAI, A.A; CENDOROGLO-NETO, M. Prevalence of cardiovascular risk factors among elderly Brazilians over eighty with ischemic stroke. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**. vol. 66, n. 3, set. 2008.

PINHO, C; POTT JÚNIOR, H. Análise do risco de acidente vascular encefálico em pacientes portadores de fibrilação atrial. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, vol.8, n. 2, p. 109-113, 2010.

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

PRADO, C.L.M; SOUSA, C.O; SOUZA, A.S; SOARES, M.R; BARELA, A.M.F; SALVINI, T.F. Effects of the addition of functional electrical stimulation to ground level gait training with body weight support after chronic stroke. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, vol. 15, n. 6, nov./dez. 2011.

REID, J.M; GUBITZ, G.J; DAI, D; REIDY, Y; CHRISTIAN, C; COUNSELL, C; DENNIS, M; PHILIPS, S.J. External validation of a six simple modeç of stroke outcome and verification in hyper-acute stroke. **Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry**. vol. 78, n. 12, p. 1390-1391, 2007.

RIBEIRO, K. S. Q. S. **Fisioterapia na Comunidade: buscando caminhos na atenção primária à saúde a partir de um projeto de extensão universitária**. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001.

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

SCALZO, P.L; SOUZA, E.S; MOREIRA, A.G.O; VIEIRA, D.A.F. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista de Neurociências**. vol. 18, n. 2, p. 139-144, 2010.

SEGURA, D. C. A., BRUSCHI, F. A., GOLIN, T. B., GREGOL, F., BIANCHINI, K. M., ROCHA, P. A evolução da marcha através de uma conduta cinesioterapêutica em pacientes hemiparéticos com sequela de ave. **Arquivos de Ciências de Saúde da Unipar**. Umuarama, v. 12, n. 1, p. 25-33, jan-abr. 2008.

SIQUEIRA, A.F.A; ALMEIDA-PITITTO, B; FERREIRA, S.R.G. Doença cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, vol. 51, n. 2, p.257-267, mar. 2007.

SOUZA, C.C.B.X; ROCHA, E.F.R. Portas de entrada ou portas fechadas? O aceso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v.21, n.3, p. 230-239, set/dez. 2010.

TEASELL, R; FOLEY, N; BHOGAL, S; BAGG, S; JUTAI, J. Evidence-based practice and setting basic Standards for stroke rehabilitation in Canada. **Topics in Stroke Rehabilitation**. Frederick, vol.13, n. 3, p. 59-65, 2006.

TEIXEIRA, C.P; SILVA, L.D. As Incapacidades Físicas de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Ações de Enfermagem. **Enfermeria Global**. Murcia, vol. 8 n.1, p. 1-12, FEB. 2009.

TRAVASSOS, C; VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, p. 490-502, out. 2007.

VELOSO, F; REIS, L.A; AZOUBEL, R; XAVIER, T.T; ARGÔLO, S.M. Um olhar sobre a assistência fisioterapêutica a portadores de Acidente Vascular Encefálico no município de Jequié-BA. **Revista Saúde.com**. v.3, n.1, p. 55-63, 2007.

VESTLIG, M; RAMEL, E; IWARSSON, S. Quality of life after stroke: well-being, life satisfaction, and subjective aspects of work. **Scandinavian journal of occupational therapy**. vol. 12, n. 2, p. 89-95, jun. 2005.

WHITING, R; SHEN, Q; HUNG, W.T; CORDATO, D; CHAN, D.K.Y. Predictors for 5-year survival in a prospective cohort of elderly stroke patients. **Acta Neurologica Scandinavica**. Copenhagen, vol. 124, p. 309-316, 2011.

ZAITUNE, M.P.A. BARROS, M.B.A; LIMA, M.G; CÉSAR, C.L.G; CARANDINA, L; GOLDBAUM, M; ALVES, M.C.G.P. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 28, n.3, mar. 2012.

Disponível em: < <http://www.framingham.com/heart/backgrnd.htm> >. Acesso em: 16 de jul. 2012., 16:15:10.

Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4790/162/ministerio-da-saude-amplia-assistencia-a-pacientes-com-avc.html>>. Acesso em: 16 de jul. 2012., 15:18:20.

Disponível em: <http://www.neurologico.com.br/neurologico2009/saiba_mais/Acidente%20Vascular%20Cerebral%20Isquemico1.pdf>. Acesso em: 17 de jul. 2012, 12:11:40.

Disponível em: <<http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-ooks/saber.pdf#page=75>>. Acesso em: 27 de out. 2012, 14:11:40.

Apêndice A

FORMULÁRIO DE PESQUISA

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Código: _____

Data de nascimento: ____/____/____

3. Idade: _____

Sexo: 1.() Masculino 2.() Feminino

Estado civil: 1.() Casado(a)/ Morando junto 2.() Solteiro(a) 3.() Viúvo(a)

4.() Separado/Desquitado 5.() Outros

Renda da casa: _____ reais/mês

Escolaridade: _____

Informante: 1.() usuário 2.() cuidador _____

DADOS CLÍNICOS

Número de AVEs sofridos: _____

Datas dos Episódios: ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____

Tipos de AVEs sofrido: 1º: () isquêmico () hemorrágico () Não informou

2º: () isquêmico () hemorrágico () Não informou

3º: () isquêmico () hemorrágico () Não informou

Seqüela: () Hemiplegia direita () Hemiplegia esquerda

ACESSIBILIDADE a REABILITAÇÃO

1. Teve acesso a reabilitação para tratar deste problema? 1.() sim 2.() não

2. Quando iniciou o tratamento? 1.() imediatamente após a lesão 2.() 3 a 6 meses após a lesão 3.() 6 a 12 meses após a lesão 4.() mais de 01 ano após a lesão

3. Em qual serviço teve acesso, ou seja, onde foi feito o tratamento? 1.() domicílio 2.() centro de reabilitação 3.() hospital

4. Qual profissional esteve envolvido nesse processo? 1.() fisioterapeuta 2.() terapeuta ocupacional 3.() fonoaudiólogo

5. Por quanto tempo realizou o tratamento? 1.() menos de 1 mês 2.() 1 – 3 meses 3.() 4 – 6 meses 4.() mais de 6 meses
6. Está em tratamento atualmente? 1.() sim, onde: _____ 2.() não
7. Por que não fez tratamento? 1.() falta de tempo 2.() condições financeiras 3.() indisponibilidade de locomoção 4. Outros: _____
8. Tem algum encaminhamento de referência? 1.() sim 2.() não
9. Já participou de algum programa de reinserção profissional? 1.() sim 2.() não
10. Você apresenta outra doença crônico-degenerativa, que não seja o AVE? Qual?
1.() HAS 2.() Doença cardíaca 3.() Diabetes 4.()
Outras: _____
11. Depois do acometimento continuou trabalhando? 1.() sim 2.() não

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu.....,

rg:....., estado civil, anos, residente no endereço.....

....., telefone:

....., declaro para os devidos fins, que dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade para a minha participação no projeto ” Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação da funcionalidade dos usuários da atenção básica no município de Campina Grande - PB em conformidade com o acesso à reabilitação” sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^ª. Ms. Maria do Socorro Barbosa e Silva, tendo os alunos Lauriston Medeiros Paixão, Kamila Adriane Queiroz Barbosa, Maria Luiza do Bú Araújo, Gláucia Soares Pereira.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- A pesquisa se justifica, pois o Acidente Vascular Encefálico (AVE) provoca alterações significativas na capacidade funcional dos pacientes acometidos;
- Este trabalho terá por objetivo traçar o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico;
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico;
- Os dados serão coletados através de técnicas e instrumentos apropriados a pesquisa quantitativa;
- A minha participação será estritamente voluntária, mesmo depois da minha autorização, tendo liberdade de me retirar do estudo, antes, durante e depois da finalização de coleta dos dados, caso venha a desejar, sem riscos de qualquer penalização ou de quaisquer prejuízos pessoais ou estudantis;
- Será garantido o meu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e resguardado o sigilo de dados confidenciais;
- Caso sinta necessidade de contatar os pesquisadores durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelos telefones 88588070;

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, _____ de _____ de 2010.

Responsável

Pesquisador

Anexo I**Mine Exame do Estado Mental (MEEM)**

Código: _____

Data: ____/____/____.

1) Qual o dia em que estamos?

() ano_____

() semestre_____

() mês_____

() dia_____

() dia da semana_____

2) Onde nós estamos?

() nome da rua_____

() n° da casa_____

() bairro_____

() cidade_____

() estado_____

3) Repita as palavras(um segundo para dizer cada uma, depois pergunte todas as três)

() Carro

() Vaso

() Bola

Se ele não conseguir repetir as três, repite até que aprenda as três. Conte as tentativas ____

4) O(a) sr(a) faz calculos? (1) Sim (2) Não

Se a resposta for sim pergunte: Se de 100 forem tirados 7, quanto resta? E se tirarmos mais 7, quanto resta? (total de 5 subtrações)

(1) () _____(93)

(2) () _____(86)

(3) () _____ (79)

(4) () _____ (72)

(5) () _____ (65)

Se a resposta for não, peça para soletrar a palavra “mundo” de trás para frente.

(1) () _____ O

(2) () _____ D

(3) () _____ N

(4) () _____ U

(5) () _____ M

5) Repita as palavras que disse há pouco:

() _____

() _____

() _____

6) Mostre um relógio de pulso e pergunte: O que é isto? Repita com o lápis.

() Relógio

() Lápis

7) Repita o seguinte: “Nem aqui, nem ali, nem lá”. ()

8) Siga uma ordem em três estágios

Tome um papel com a mão direita ()

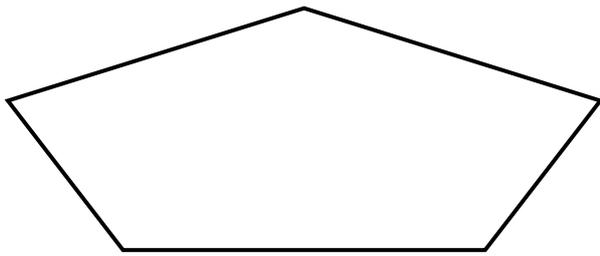
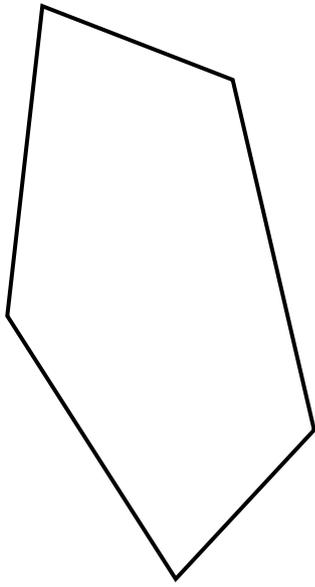
Dobre-o ao meio ()

Ponha-o no chão ()

9) Leia e execute o seguinte:(cartão) “Feche os olhos” ()

10) Escreva uma frase: _____ ()

11) Copie este desenho: (cartão)



Anexo II

Escala de Rankin

Código: _____

Data: ____/____/____.

Grau: _____

Referência:

Grau 0	Sem sintomas residuais ou incapacidade.
Grau I	Sem incapacidade significativa. Apto a desenvolver todas as atividades usuais.
Grau II	Incapacidade leve. Incapaz de desenvolver algumas atividades prévias, mas capaz de resolver suas questões sem ajuda.
Grau III	Incapacidade moderada. Apto a caminhar sem auxílio (exceto bengala), mas requer alguma ajuda com as atividades da vida diária.
Grau IV	Incapacidade moderadamente grave. Incapaz de caminhar sozinho e incapaz de atender a suas necessidades fisiológicas e corporais sem auxílio; pode permanecer em casa algumas horas sem assistência.
Grau V	Incapacidade grave. Restrito ao leito ou à cadeira. Geralmente incontinente, necessitando auxílio e atenção constantes de enfermagem/cuidador.
Grau VI	Morte