

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
EM ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**Mariana Araújo Goes da Mota^a<https://orcid.org/0000-0001-9481-3907>Tânia Cristina Dias da Silva Hamu^b<https://orcid.org/0000-0002-8776-5991>Rina Marcia Magnani^c<http://www.researcherid.com/rid/Y-4600-2018>**Resumo**

O acidente vascular encefálico (AVE) pode levar a alterações funcionais nas áreas sensitiva, motora, cognitiva e de comunicação. Ocorre através de alterações vasculares do encéfalo, originadas de uma suspensão do fluxo sanguíneo que causa danos celulares irreversíveis, podendo ser dividido em isquêmico ou hemorrágico. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com acidente vascular encefálico atendidos pela fisioterapia em uma clínica escola de instituição pública na região Centro-Oeste do Brasil. Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Após aprovação do Comitê de Ética, foram tabulados e analisados os dados dos prontuários, através de um formulário estruturado no programa Excel. Os resultados mostraram que, dos 138 indivíduos, 60,15% eram do sexo masculino, e a idade média foi de 59,53 anos. De acordo com a etiologia, 45,3% sofreram AVE isquêmico; 52,5% possuíam hemiplegia à direita, e 16,55% tiveram múltiplos AVE; 78,98% eram hipertensos; 97,1% utilizavam medicamentos. Em relação ao diagnóstico funcional, a maioria possuía déficit de equilíbrio (39,9%); o objetivo fisioterapêutico mais frequente foi melhorar a amplitude de movimento (96,4%), e a conduta prevalente foi o alongamento (65,9%).

^a Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doentes. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mariana_agm@hotmail.com

^b Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde. Docente e Coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Musculoesquelética (LAPEME) da Universidade Estadual de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: tania.ft@gmail.com

^c Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Estadual de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: rinamagnani@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Goiás. Campus Metropolitan. Unidade Goiânia (ESEFFEGO). Av. Oeste, n. 56-250, Setor Aeroporto. Goiânia, Goiás, Brasil. CEP: 74075-110. E-mail: taia.ft@gmail.com

Concluiu-se que como a incidência de AVE na população e o desenvolvimento de tecnologias assistivas vêm aumentando a cada dia, menos pacientes morrem por conta do AVE, por isso, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de prevenção primária, como campanhas educativas, além da prevenção secundária, que por meio da fisioterapia precoce, pode reduzir a proporção de pacientes com incapacidades e melhorar a funcionalidade desses indivíduos.

Palavras-chaves: Acidente vascular encefálico. Epidemiologia. Fisioterapia.

CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH ENCEPHALIC VASCULAR ACCIDENT IN PHYSIOTHERAPEUTIC CARE IN A PUBLIC UNIVERSITY

Abstract

Stroke can lead to functional changes in the sensory, motor, cognitive and communication areas. It occurs through vascular alterations of the brain originated from a suspension of the blood flow that causes irreversible cellular damages, being able to be divided into ischemic or hemorrhagic. This study aimed to identify the epidemiological and clinical profile of stroke patients cared at physical therapy teams in a public institution school in the Midwest region of Brazil. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. After approval by the Ethics Committee, the data of the medical records were tabulated and analyzed using a form structured in the Excel program. The results showed that of the 138 individuals, 60.15% were males and the mean age was 59.53 years. According to the etiology, 45.3% suffered from ischemic stroke; 52.5% had right hemiplegia, and 16.55% had multiple strokes; 78.98% were hypertensive; 97.1% used drugs. Regarding the functional diagnosis, most patients had an equilibrium deficit (39.9%); the most frequent physiotherapeutic objective was to improve range of motion (96.4%), and the prevalent conduct was elongation (65.9%). In conclusion, although the incidence of stroke in the population and the development of assistive technologies are increasing each day, fewer patients die due to stroke, therefore, it is necessary to develop primary prevention strategies such as educational campaigns, in addition to of secondary prevention that, through early physiotherapy, can reduce the proportion of patients with disabilities and improve the functionality of these individuals.

Keywords: Stroke. Epidemiology. Physical therapy.

Resumen

El accidente vascular encefálico (AVE) puede llevar a cambios funcionales en las áreas sensitiva, motora, cognitiva y comunicación. Se produce a través de cambios vasculares del encéfalo originado por una suspensión del flujo sanguíneo que causa daños celulares irreversibles, los cuales se dividen en isquémico o hemorrágico. El objetivo de este estudio fue identificar el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con accidente vascular encefálico atendidos por la fisioterapia de institución pública de la región centro-oeste de Brasil. Este es un estudio de corte transversal, descriptivo, cuantitativo. Después de la aprobación del comité de ética, fueron tabulados y analizados los datos de los registros clínicos mediante un formulario en el programa Excel. Los resultados mostraron que, de los 138 individuos, el 60,15% eran del sexo masculino y el promedio de edad fue de 59,53 años. De acuerdo con la etiología, el 45,3% sufrió AVE isquémico; El 52,5% tenía hemiplejía a la derecha, y el 16,55% tuvo múltiples AVE; El 78,98% eran hipertensos; El 97,1% utilizaban medicamentos. En relación al diagnóstico funcional, la mayoría tenía déficit de equilibrio (39,9%); el objetivo fisioterapéutico más frecuente fue mejorar la amplitud de movimiento (96,4%), y la conducta prevalente fue el estiramiento (65,9%). Se concluyó que como la incidencia de AVE en la población y el desarrollo de tecnologías asistidas vienen aumentando cada día, menos pacientes mueren a causa de AVE, por lo que se hace necesario el desarrollo de estrategias de prevención primaria como campañas educativas, además de la prevención secundaria que, por medio de la fisioterapia precoz, puede reducir la proporción de pacientes con discapacidades y mejorar la funcionalidad de estos individuos.

Palabras clave: Accidente vascular encefálico. Epidemiología. Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) pode levar a alterações funcionais nas áreas sensitiva, motora, cognitiva e de comunicação. Ocorre através de alterações vasculares do encéfalo, originadas de uma suspensão do fluxo sanguíneo que causa danos celulares irreversíveis, podendo ser dividido em isquêmico (obstrução de um vaso sanguíneo) ou hemorrágico (ruptura de vasos sanguíneos)¹.

Por ano, 16 milhões de indivíduos sofrem AVE¹ e 6,2 milhões vão a óbito decorrente dele no mundo, a grande maioria em países de baixa renda². De acordo com o DATASUS, a taxa de mortalidade em Goiânia para doenças isquêmicas no ano de 2011 foi de 42,4 por 100 mil habitantes³.

Os principais fatores de risco para essa doença podem ser divididos em dois grupos. O de riscos não modificáveis, que inclui idade avançada, principalmente acima de 55 anos, indivíduos do gênero masculino, baixo peso ao nascimento, etnia negra e herança genética. Já o outro grupo é o que podemos intervir com ações preventivas, que são os riscos modificáveis, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), indivíduos fumantes, diabetes melitus (DM), dislipidemia, dentre outros¹.

Como consequência do AVE, a fraqueza muscular e diminuição da sensibilidade são frequentes em um hemicorpo e/ou no rosto, além de outros sintomas, como alteração na marcha, do equilíbrio, da fala e da visão e dor de cabeça⁴. Para realizar um bom plano de tratamento e prognóstico, é necessária uma avaliação minuciosa que parta do princípio da funcionalidade, promovendo assim uma boa qualidade de vida. Portanto, a avaliação fisioterapêutica deve abranger questões sensoriais, cognitivas e motoras, incluindo equilíbrio, flexibilidade, marcha, transferências, alimentação e atividades de higiene e lazer¹.

A fisioterapia é primordial na reabilitação das alterações secundárias que acometem pacientes com AVE. Para reparar as incapacidades desencadeadas por essa doença, é necessário um programa de reabilitação para promover maior independência funcional⁵. A recuperação neurológica é mais acelerada na fase inicial da lesão⁶, por isso a importância de um tratamento precoce.

Diante da alta prevalência de AVE entre a população idosa e portadora de HAS, doenças cardíacas (DC) e DM, é necessário conhecer as informações epidemiológicas acerca do AVE para embasar o planejamento de programas de intervenção e iniciativas que auxiliam na prevenção e tratamento precoce dos pacientes. Dessa forma, ajudará no direcionamento de investimentos para o controle, além de propiciar melhor compreensão dos fatores que interferem na evolução natural da doença, a fim de melhorar a assistência prestada pela equipe multiprofissional.

O presente estudo visa descrever o perfil dos pacientes com AVE, por meio das características sociodemográficas e avaliação cinético-funcional, além de descrever os principais aspectos da avaliação e do tratamento fisioterapêutico. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com AVE atendidos pela fisioterapia em uma clínica escola de instituição pública na região Centro-Oeste.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa é do tipo transversal, de caráter observacional e descritivo. A coleta de dados ocorreu nos arquivos da Clínica Escola de Fisioterapia de uma universidade pública da região Centro-Oeste, através do banco de dados dos prontuários eletrônicos.

A coleta dos dados foi realizada por meio do levantamento de análise de prontuários de pacientes que tiveram diagnóstico de AVE e foram atendidos no setor de neurologia por estagiários do curso de fisioterapia. Os prontuários consultados foram aqueles correspondentes ao atendimento prestado e alta, durante o período compreendido entre os anos de 2006 e 2013. Os critérios de inclusão foram: prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de: "AVC", "AVE" ou "acidente vascular cerebral/encefálico"; com a data da alta entre os anos de 2006 e 2013. Foram excluídos os pacientes cuja avaliação estava incompleta em 30% ou mais.

Após o levantamento, os prontuários foram analisados e agrupados em categorias para a descrição do perfil epidemiológico e clínico da amostragem obtida. Foi realizado o registro dos dados através de um questionário estruturado, desenvolvido pelo próprio autor. Os dados foram divididos em três categorias. A primeira foi a caracterização da amostra, que incluía: gênero, idade, etnia, hábitos de vida, estilo de vida e patologias associadas; na segunda categoria, descreveu-se o perfil clínico por meio dos seguintes dados: uso de medicamentos, diagnóstico clínico, hemisfério acometido, AVE múltiplos, queixas principais e sinais vitais; a terceira categoria, que descreveu aspectos da avaliação e reabilitação fisioterapêutica, incluiu: diagnóstico fisioterapêutico, medida de independência funcional, deambulação, uso de dispositivo auxiliar para marcha, objetivos do tratamento, condutas mais frequentes, tempo de terapia, frequência semanal da terapia, número de sessões e motivo da alta.

A técnica utilizada para a análise de dados foi a estatística descritiva, adotando-se a frequência simples e a relação absoluta. Para isso, os dados foram tabulados e analisados por meio do software Microsoft Excel 2010. A apresentação dos resultados obtidos se deu por meio de tabelas.

Este estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde). A presente pesquisa foi submetida para a análise ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovada conforme protocolo nº 155.482. Como a consulta ocorreu nos prontuários, excluiu-se a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo o mesmo substituído pelo Termo de Ciência Institucional.

RESULTADOS

O banco de dados da clínica escola contava com 5.797 pacientes atendidos desde sua fundação, no ano de 1998, até 2014. Desse total, 9% (526 pacientes) eram portadores de AVE. No período incluído no estudo (2006-2013), foi atendido um total de 2.476 pacientes, sendo 424 de etiologia neurofuncional – desses, 143 possuíam diagnóstico de AVE. Foram excluídos cinco prontuários devido à avaliação estar incompleta em 30% ou mais, restando no estudo de 138 prontuários de pacientes com AVE.

A análise descritiva das variáveis da caracterização da amostra revelou que, dos 138 prontuários analisados, 83 (60,15%) eram do sexo masculino e 55 (39,85%) do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi de 59,53 (\pm 15,06) anos, com faixa etária de 18 a 96 anos. Com relação à etnia dos sujeitos, podemos observar que 60,15% (n = 83) da população relatavam ser brancos, 37,7% (n = 52) pardos, 1,44% (n = 2) negros, enquanto um sujeito não apresentava essa informação preenchida no seu prontuário.

No que se refere ao estilo de vida, 83,4% (n = 115) adotavam um estilo de vida sedentário, não praticando exercício físico regularmente; apenas 5,1% da amostra relatou praticar exercício físico, enquanto 16 prontuários (11,5%) não apresentavam essa informação. Quanto aos hábitos de vida, a maior parte da amostra informou não ser tabagista nem etilista (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com os hábitos de vida. Goiânia, Goiás – 2014

Hábitos de vida	N	%
Tabagista	27	19,56%
Etilista	20	14,49%
Ex-tabagista	20	14,49%
Ex-etilista	15	10,86%
Nenhuma das opções	65	47,10%
Não responderam	15	10,86%

Fonte: Elaboração própria.

Quanto aos aspectos clínicos do AVE, iniciamos a análise pelas patologias associadas. Dos 138 indivíduos, 69 tinham apenas uma patologia associada ao AVE, 35 tinham duas doenças, 13 três doenças, 5 tinham quatro, apenas 1 com cinco doenças associadas e 15 prontuários não apresentavam essa informação.

Em referência ao uso de medicamentos, podemos observar que 97,1% (n = 134) faziam uso de algum tipo de medicamento e somente 4 sujeitos 2,9% não faziam o uso deles. Dentre o primeiro grupo, 55 indivíduos tomavam medicamentos para somente uma finalidade,

43 para duas, 30 para três fins, 9 para quatro, 2 para cinco, 1 para seis finalidades diferentes e 8 prontuários não apresentavam esta informação.

Com relação ao medicamento anti-hipertensivo, dos 99 sujeitos, 25 fazem uso de dois medicamentos, 9 fazem uso de três e um indivíduo faz uso de quatro medicamentos desse tipo. Em relação à medicação para diabetes, 4 pessoas usavam dois medicamentos para tal. As patologias associadas e finalidades dos medicamentos estão representadas na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com as patologias associadas e medicação. Goiânia, Goiás – 2014

Patologias	N	% Amostral	Medicamentos	N	%
HAS	109	78,98%	Anti-hipertensivo	99	71,73%
DM	30	21,74%	AAS	62	44,92%
Cardiopatias	19	13,76%	Antiepiléptico	22	15,94%
Hipercolesterolemia	16	11,59%	DM	15	10,86%
Chagas	9	6,52%	Anticoagulante	14	10,15%
Arritmia	4	2,89%	Hipercolesterolemia	14	10,15%
Trombose	3	2,17%	IC, arritmia	7	5,07%
Hipotireoidismo	3	2,17%	Anti-vasoespasma	4	2,89%
Dislipidemia	2	1,44%	Omeprazol	4	2,89%
Epilepsia	2	1,44%	Antiespasmódico	3	2,17%
Hipertireoidismo	2	1,44%	Hipertireoidismo	2	1,44%
↑ Triglicérides	2	1,44%			
Cianose hepática	1	0,72%			
Fibrilação atrial	1	0,72%			
Bronquite	1	0,72%			
Convulsões	1	0,72%			
Polineuropatia periférica	1	0,72%			
Anemia falciforme	1	0,72%			
Aneurisma	1	0,72%			

Fonte: Elaboração própria.

Quanto aos sinais vitais, foram registrados em 124 prontuários durante a avaliação, encontrando a frequência cardíaca (FC) média de 72,25 (\pm 12,19) bpm, pressão arterial (PA) sistólica média 125,3 (\pm 20,99) mmHg e a diastólica 80,66 (\pm 10,99) mmHg, apresentando valores dentro da faixa de normalidade. Quando investigado o controle da PA durante as sessões, observamos que a grande maioria (84,9%) não apresentava o registro desse dado na evolução diária dos pacientes.

Quanto ao diagnóstico do AVE, 13,76% (n = 19) foram do tipo hemorrágico (AVE-H), enquanto 46,37% (n = 64) foram do tipo isquêmico (AVE-I), e 55 prontuários (39,87%) não apresentaram informação quanto ao tipo de AVE. O hemisfério mais comumente acometido foi o direito, em 51,45% (n = 71) da amostra, contra 39,87% (n = 55) dos sujeitos que apresentavam hemiparesia à esquerda; não foi encontrada essa informação em 12 (8,68%) prontuários.

Na amostra estudada, a maioria não apresentou histórico de AVE múltiplo, sendo encontrado somente em 16,67% (n = 23) da população; quatro prontuários (2,88%)

não apresentaram essa informação. Do total que apresentou múltiplos AVE, 65,2% (n = 15) apresentaram o número de dois episódios, 17,4% (n = 4) apresentaram três AVE e a mesma proporção (n = 4) apresentou quatro acidentes. O valor médio do número de repetições de ocorrências de AVE foi de 2,56 (\pm 0,89) episódios.

Em relação à topografia da queixa principal, a maioria dos pacientes (64,5%; n = 89) relataram alterações em membros inferiores (MMII), 49,27% (n = 68) em membros superiores (MMSS), 14,5% (n = 20) apresentaram comprometimento nas mãos, 8,7% (n = 12) no rosto e pescoço, e somente um prontuário apresentou queixa em relação à coluna vertebral. Sobre a queixa no aspecto da funcionalidade, 12,31% (n = 17) dos pacientes apresentaram déficit da marcha e 49,27% (n = 68) tiveram a falta de equilíbrio como queixa principal.

No que diz respeito à avaliação fisioterapêutica, do total da amostra, 73,18% (n = 101) realizavam marcha, 24,65% (n = 34) não realizavam marcha e 2,17 (n = 3) não tiveram registro em seus prontuários. Entre os 101 que realizam marcha, 2 (1,45%) utilizavam muleta canadense e 6 (4,34%) utilizavam bengala.

A distribuição da frequência do diagnóstico fisioterapêutico está evidenciada na **Tabela 3**, sendo que 18,1% (n = 25) não apresentaram o diagnóstico. A medida de independência funcional (MIF) dos 88 registrados apresentou escore médio de 103,67 (\pm 29,4).

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o diagnóstico fisioterapêutico. Goiânia, Goiás – 2014

Diagnóstico	N	%
Déficit de equilíbrio	55	39,9%
Fraqueza muscular	46	33,3%
Espasticidade	37	26,8%
Limitação ADM	30	21,7%
Alteração no padrão da marcha	28	20,3%
Hipertonia	26	18,8
Alteração postural	22	15,9
Alteração de sensibilidade	13	13%
Hipotonia	6	4,3
Alteração do padrão respiratório	5	3,3
Hiperreflexia	3	2,2
Hiporreflexia	3	2,2
Dificuldade de transferência	2	1,4

Fonte: Elaboração própria.

Os objetivos e condutas fisioterapêuticas estão apresentados na **Tabela 4**, sendo que 24 não apresentaram estas informações no prontuário.

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com o objetivo terapêutico e conduta fisioterapêutica adotada. Goiânia, Goiás – 2014

Objetivos	N	%	Condutas	N	%
Melhorar ADM	133	96,4%	Alongamento	91	65,9%
Melhorar padrão de marcha	83	60,1%	Fortalecimento muscular	88	63,8%
Melhorar força muscular	79	57,2%	Treino de marcha	81	58,7%
Melhorar controle motor	67	48,6%	Treino de atividades funcionais	73	52,9%
Modular de tônus	40	29%	Treino de equilíbrio	67	48,6%
Melhorar postura	40	29%	Kabat	58	42%
Reestabelecer sensibilidade	20	14,5%	Modulação de tônus	57	41,3%
Diminuir dor	18	13%	Dissociação de cinturas	47	34,1%
Melhorar padrão ventilatório	14	10,1%	Descarga de peso em MMSS	39	28,3%
Melhorar propriocepção	13	9,4%	Descarga de peso em MMII	33	23,9%
			Frenkel	24	17,4
			Dessensibilização	20	14,5%
			Bobath	10	7,2%

Fonte: Elaboração própria.

O tempo de início da reabilitação na clínica escola após o AVE foi contado em anos: 39,8% (n = 55) iniciaram a terapia com menos de 1 ano de lesão; 17,39% (n = 24) começaram a terapia de 1 a 2 anos após; 23,18% (n = 32) de 2 a 3 anos depois; 5,7% (n = 8) depois de 3 a 4 anos; 4,3% (n = 6) após 4 a 5 anos, 2,17% (n = 3) começaram a terapia após 5, 6 e 7 anos; 5,7% (n = 8) começaram a terapia após 10 anos de AVE.

A média do tempo de espera para o início das sessões após a triagem foi de 23,66 (\pm 99,65) dias, com variação entre 0 dias e 2 anos, sendo que 5 deles fizeram a triagem e não retornaram para a fisioterapia. O tempo de tratamento em dias obteve média de 380,21 (\pm 637), variando de 0 dias a 9,14 anos, sendo que 15 prontuários não apresentavam esse dado. Já o número de sessões foi de em média 51,66 (\pm 67,72), variando de 0 a 280 sessões, e em 20 prontuários não constava essa informação. O motivo de alta encontrado em 65,9% dos prontuários estudados foi o abandono do tratamento, e somente 12,3% obtiveram alta pela melhora do quadro clínico, sendo, portanto, o abandono o desfecho mais comum.

DISCUSSÃO

Este estudo procurou investigar o perfil epidemiológico e clínico da população atendida na clínica escola de fisioterapia. Foram analisados prontuários de 138 pacientes que tiveram AVE. Na primeira categoria de variáveis, foram incluídas informações sobre a caracterização da amostra: em relação ao gênero, 60,15% eram homens, assim como em diversos estudos que mostram prevalência de AVE no sexo masculino^{1,7-9}.

A idade média dos pacientes na presente pesquisa foi de 59,53 (\pm 15,06) anos, com faixa etária de 18 a 96 anos, abrangendo pacientes adultos jovens até idosos, corroborando outros estudos¹⁰⁻¹². Obteve-se também que 28 (20,28%) pacientes tinham menos de 45 anos, assim como identificado em pesquisa realizada na Bahia com 45 pacientes, na qual a idade média foi de 58,4 anos e 28% (n = 13) tinham menos de 45 anos¹⁰. Portanto, podemos destacar que as estratégias de prevenção devem abranger essa extensa faixa etária.

Quanto à etnia dos indivíduos portadores de AVE, sabe-se que a maior prevalência é na raça negra^{1,8,10}, contrapondo o presente estudo, em que a maioria (60,15%) eram brancos e apenas 1,44% eram de etnia negra.

Em nossa pesquisa, constatamos que o fator de risco mais prevalente foi o sedentarismo (83,4%). Um estudo realizado em Tocantins evidenciou que grande parte dos pacientes (65,6%) eram sedentários¹³. Apesar do tabagismo ser um forte fator de risco para o AVE¹, nosso estudo mostrou uma baixa prevalência (19,56%), assim como no estudo feito em Tocantins, em que apenas 9,4% eram tabagistas¹³. O etilismo em nossa amostra também obteve baixa porcentagem (14,49%), assim como em estudo realizado na Paraíba, no qual somente 7,5% dos participantes eram etilistas¹⁴. Porém, sabe-se que essas informações podem ser subnotificadas, pois é possível que os pacientes tenham receio de relatar tais comportamentos ao profissional de saúde.

Com relação às características clínicas, devemos destacar a grande quantidade de patologias associadas. Os pacientes analisados tiveram de 1 a 5 patologias associadas ao AVE. A mais frequente foi a HAS (78,98%), que é um forte fator de risco, assim como diversos estudos identificaram^{8,14-16}, seguida da DM, com 21,74%, e DC, com 13,76%.

Quanto aos sinais vitais verificados no momento da avaliação, encontrou-se valores dentro da normalidade, com as médias da FC de 72,25 (\pm 12,19) bpm, PA sistólica 125,3 (\pm 20,99) mmHg, PA diastólica 80,66 (\pm 10,99) mmHg, sendo que os maiores valores encontrados foram de 220x170 mmHg. Quando investigado o controle da PA durante as sessões, observamos que a grande maioria (84,9%) não apresentava o registro desse dado na evolução diária dos pacientes. Deve-se ressaltar que tal atitude dos terapeutas não é recomendada, pois picos hipertensivos podem causar recidiva do AVE, evidenciando assim a importância da aferição e registro da PA em todos os atendimentos pelos fisioterapeutas e estagiários, para controle e prevenção de recidivas, assim como forma de documentar e se resguardar de forma legal de qualquer eventualidade que aconteça posteriormente.

Em relação à medicação, 134 dos 138 pacientes utilizavam algum medicamento, e para até 6 enfermidades, sendo os mais frequentes: anti-hipertensivos, antiagregante plaquetário

e anti-hiperglicêmicos, assim como em estudo realizado em Natal, no setor de fisioterapia de um hospital universitário¹⁷. Tal sinal é positivo, por um lado, pois na prevenção secundária está inclusa a utilização de medicamentos, e entre as principais finalidades são: antiagregação plaquetária, fibrilação atrial (no caso de AVE-I), controle de HAS, DM e hiperlipidemia. Outras indicações de anticoagulação para eventos de AVE-I são: remédios para infarto agudo do miocárdio, trombo no ventrículo esquerdo, cardiomiopatia, forame oval patente, doença valvar cardíaca e estenose carotídea¹. Por isso, os profissionais devem estar sempre atentos às medicações utilizadas pelos pacientes.

Assim como foi descrito em outros estudos de diversas partes do país, este estudo constatou a prevalência de AVE-I (46,37%)^{9,10,17,18}; sobre o hemisfério acometido, não foi encontrado um consenso na literatura sobre a prevalência, enquanto no presente estudo o hemisfério direito foi pouco mais acometido, com prevalência de 51,45%.

Em uma pesquisa realizada em Recife, com 53 indivíduos com AVE, apenas 16% tiveram mais de um episódio de AVE, assim como neste estudo, em que 16,67% tiveram histórico de AVE múltiplo, sendo a média de 2,56 (\pm 0,89) episódios de AVE; em outro estudo realizado com 73 pacientes, a média do número de episódios de AVE foi de 1,6 (\pm 1,3)¹⁹.

As queixas principais dos indivíduos foram divididas em topografia e sinais e sintomas; no quesito topográfico, a queixa mais encontrada foi de MMII (49,27%), o que corrobora um estudo realizado com pacientes da Clínica Escola de Fisioterapia de universidade pública do Sudoeste da Bahia e do Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física, em que foi constatado que 100% dos pacientes tinham alguma alteração em MMII²⁰.

Já em relação à funcionalidade, a queixa mais frequente em nosso estudo é o déficit de equilíbrio, observado em 49,27% dos pacientes, o que coaduna outro estudo realizado no Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso na Bahia com pacientes de AVE-I, no qual uma das principais sequelas foi o desequilíbrio, com 34,8%²¹.

Quanto à avaliação fisioterapêutica, o primeiro dado coletado foi o diagnóstico fisioterapêutico, que se mostrou muito complexo, pela quantidade de déficits motores que podem estar presentes no indivíduo que sofreu um AVE. A extensão dessas alterações depende da gravidade e do local do cérebro que a lesão afetou⁴. Os mais frequentes em nosso estudo foram: déficit de equilíbrio (39,9%), fraqueza muscular (33,3%), espasticidade (26,8%) e redução da ADM (21,7%).

A marcha independente estava presente na maioria dos pacientes avaliados. Apenas 1,45% utilizavam muleta canadense e 4,34% utilizavam bengala, o que pode não ser um bom sinal, pois o uso da bengala, quando bem indicado, podem melhorar

significativamente a simetria e estabilidade da marcha, podendo influenciar no equilíbrio e em outros aspectos funcionais²².

Para reparar as incapacidades desencadeadas por essa patologia, é necessário um programa de reabilitação para o paciente voltar a realizar as atividades de antes⁵. Esse programa deve ser iniciado com maior antecedência possível, para que se minimize as incapacidades. Além disso, deve ter como objetivo primordial a inclusão e a participação social desses pacientes¹. Em nosso estudo, os objetivos principais encontrados nos prontuários foram melhorar a ADM, a marcha, a força muscular e o controle motor. As condutas são comumente traçadas de acordo com os objetivos, sendo as mais utilizadas nos pacientes do estudo o alongamento, o fortalecimento muscular e o treino de marcha.

Porém, existem diversos recursos que podem e devem ser explorados no tratamento de AVE. Estudos destacaram benefícios no tratamento com neuromodulação, Bobath, Kabat, RPG (reeducação postural global), bandagem funcional e terapia do espelho^{19,23-28}. Apesar da quantidade de opções de técnicas terapêuticas, que pode tornar a fisioterapia mais interessante, a adesão do paciente ao tratamento não é boa: no presente estudo, 65,9% dos pacientes abandonaram o tratamento, e somente 12,3% obtiveram alta pela melhora do quadro clínico. Isso pode ser um importante sinalizador, evidenciando a necessidade de os terapeutas criarem estratégias para melhorar a adesão.

A fisioterapia se mostra essencial nas intervenções das sequelas decorrentes do AVE, cabendo ao fisioterapeuta proporcionar a esses indivíduos uma melhor qualidade de vida²⁹. É comum que pacientes se sintam desanimados com o tratamento repetitivo e muitas vezes doloroso, e assim, acabem abandonando o tratamento antes de estarem totalmente reabilitados devido ao aspecto emocional, que tende a ser abalado. Uma das alternativas pode ser oferecer o tratamento com maior variedade de exercícios, trazendo a cada semana técnicas novas e, assim, gerando boas expectativas e motivação para o paciente.

A média de tempo de tratamento dos pacientes desta pesquisa foi de aproximadamente 12 meses. Em média, foram realizadas 51 sessões (com o mínimo de 0 e o máximo de 280 sessões) na amostra. O tempo de início da fisioterapia após o AVE, em estudo realizado em Maceió, teve média de três meses, variando de 1 a 36 meses²⁸. Já no presente estudo, 39% dos pacientes iniciaram a terapia com menos de 1 ano de lesão, o que é muito tempo para esses indivíduos permanecerem sem tratamento. A variação foi bastante ampla, abrangendo de 0 a 20 anos após o AVE para o início da fisioterapia, o que também nos leva a refletir sobre estratégias para redução dessa lacuna de tempo para o início do tratamento ambulatorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a incidência de AVE na população adulta e idosa e o desenvolvimento de tecnologias assistivas vêm aumentando a cada dia, menos pacientes morrem por conta do AVE. Por isso, faz-se necessária a realização de estudos que destaquem o perfil epidemiológico desses indivíduos, com o intuito de abrir caminhos para a promoção de estratégias de prevenção primária, através de campanhas educativas, além da prevenção secundária, que por meio da fisioterapia precoce, pode reduzir a proporção de pacientes com incapacidades e melhorar a funcionalidade desses indivíduos. Além disso, esse tipo de estudo permite a identificação das deficiências e os benefícios do processo de reabilitação de pacientes com AVE, o que pode auxiliar na organização dos serviços e planejamento para alocação adequada dos recursos públicos, visando melhorar a assistência prestada.

Assim como na literatura pesquisada, nosso estudo mostrou a prevalência do AVE isquêmico e entre o sexo masculino; acometendo de jovens até idosos; indivíduos sedentários e com HAS como fatores de risco; com queixas predominantemente em MMII e com déficit de equilíbrio. Já os dados que discordaram da literatura foram etnia, profissão e o fator de risco tabagismo.

O presente estudo possui limitações. Foi um estudo transversal, baseado em dados registrados em prontuários. Alguns dados, como hábitos de vida, estilo de vida, patologias associadas e uso de medicamentos foram coletados com base na história clínica, podendo apresentar algum viés. Além disso, alguns dados não estavam registrados na ficha de avaliação, podendo alterar também a interpretação dos resultados.

Além disso, percebemos uma lacuna em alguns dados da avaliação desses pacientes, como a PA, que deveria ser aferida em todos os atendimentos fisioterapêuticos e não foi encontrada na maioria dos prontuários. Outra informação importante que não foi frequentemente registrada nos prontuários são os dados de exames de imagem, que indicam a localização da lesão e poderiam auxiliar na detecção dos principais sintomas e no tratamento desses pacientes.

Portanto, devemos destacar que a avaliação desses pacientes deve ser minuciosa, e para isso, poderia ser realizada uma padronização da ficha de avaliação, com as informações mais relevantes para essa patologia, assegurando que não falte nenhum dos itens essenciais. Além disso, poderiam ser realizadas atividades educativas para estimular o preenchimento correto dos prontuários, visando não só melhorar a qualidade das pesquisas com base neles, como também a qualidade da assistência prestada, já que o prontuário fornece informações para todos os profissionais que darão continuidade ao atendimento do paciente.

Esta foi uma pesquisa inicial, que buscou descrever o perfil dos pacientes com AVE por meio das características sociodemográficas e avaliação cinético-funcional, além

de apresentar os elementos principais da avaliação e do tratamento fisioterapêutico. Tais informações são de fundamental importância no manejo desses pacientes, evidenciando a relevância do cuidado fisioterapêutico e podendo refletir em ações de promoção de saúde, prevenção de danos, educação permanente, tratamento e reabilitação. Diante disso, espera-se que este estudo subsidie novos trabalhos sobre o AVE, incluindo aspectos de prevenção e reabilitação, colaborando para o aprimoramento da assistência a esses pacientes.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Bolsa de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Goiás (PBIC-UEG).

COLABORADORES

1. Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados: Mariana Araújo Goes da Mota, Tânia Cristina Dias da Silva Hamu e Rina Marcia Magnani.

2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Mariana Araújo Goes da Mota, Tânia Cristina Dias da Silva Hamu e Rina Marcia Magnani.

3. Revisão e/ou Aprovação final da versão a ser publicada: Mariana Araújo Goes da Mota, Tânia Cristina Dias da Silva Hamu e Rina Marcia Magnani.

4. Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Mariana Araújo Goes da Mota, Tânia Cristina Dias da Silva Hamu e Rina Marcia Magnani.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília (DF); 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué son los trastornos neurológicos? [Internet]. 2016 mai [citado em 2019 fev 20]. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/55/es/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Indicadores de mortalidade [Internet]. 2012 [citado em 2017 dez 7]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>
4. Organisation mondiale de la Santé. Accident vasculaire cérébral (AVC) [Internet]. 2012 dez 22 [citado em 2019 fev 20]. Disponível em: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/

5. Barros SLA, Passos NRS, Nunes MASN. Estudo inicial sobre acidente vascular cerebral e serious games para aplicação no projeto "AVC" do Núcleo de Tecnologia Assistiva da UFS. *Revista GEINTEC*. 2012;3(1):12143.
6. O'Sullivan SB, Schmitz TJ. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 5a ed. São Paulo (SP): Manole; 2010.
7. Donlor ES, Owolabi MO, Bampoh PO, Amoo PK, Aspelund T, Gudnason V. Profile and health-related quality of life of Ghanaian stroke survivors. *Clin Interv Aging*. 2014;9:17018.
8. Scalzo PL, Souza ES, Moreira GO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia PUC Minas Betim. *Rev Neurociênc*. 2010;18(2):1394.
9. Alvares OSS. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral, segundo área de abrangência da estratégia saúde da família, no município de Cáceres, Mato Grosso, Brasil [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2013.
10. Amorim DM. Características clínicas e fatores de riscos em pacientes jovens com acidente vascular cerebral [Monografia]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2012.
11. Andrade TL. Internação domiciliar: perfil de pacientes com acidente vascular cerebral e de seus cuidadores [Dissertação]. Brasília (DF): Uiversidade de Brasília; 2014.
12. Campos TM, Dantas AATSG, Melo LP, Oliveira DC. Grau neurológico e funcionalidade de pacientes crônicos com acidente vascular cerebral: Implicações para a prática clínica. *Arq Ciênc Saúde*. 2014;21(1):2833.
13. Rodrigues ESR, Castro KAB, Rezende AAB, Herrera SDSC, Pereira AM, Takada JAP. Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Amazôn (Gurupi)*. 2013;1(2):218.
14. Ribeiro KSQS, Farias DAA, Lucena EMF, Paes NA, Moraes RM. Avaliação da Adesão e Vínculo aos Serviços de Saúde de Hipertensos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral em Municípios da Paraíba. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;16(supl. 2):2534.
15. Cabral DL, Damascena CG, Salmela LFT, Laurentino GEC. Confiabilidade do Perfil de Saúde de Nottingham após Acidente Vascular Encefálico. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(5):131322.
16. Carvalho MIF, Delfino JAS, Pereira WMG, Matias ACX, Santos EFS. Acidente vascular cerebral: dados clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão nordestino brasileiro. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2014;2(6):14.

17. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(supl. 1):13418.
18. Figueiredo OKL. Caracterização do perfil de indivíduos acometidos de acidente vascular cerebral atendidos na clínica escola de fisioterapia da UEPB [Monografia]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
19. Costa AGS, Oliveira ARS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(4):6849.
20. Teles MS, Gusmão C. Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. *Rev Neurocienc*. 2012;20(1):429.
21. Yangali SGC, Loula CMA. Perfil dos pacientes com avci cadastrados no cadh em Feira de Santana (ba), 2014. *Saúde e Pesqui*. 2015;8(1):1926.
22. Pinheiro HA. Uso da bengala padrão na reabilitação da marcha de Pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Rev Neurocienc*. 2011;19(2):35864.
23. Santos RBC. Neuromodulação cortical e medular após estimulação magnética transcraniana repetitiva associada à fisioterapia em pacientes com hemiparesia espástica pós-acidente vascular encefálico: ensaio clínico, randomizado e duplo cego [Dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2013.
24. Costa VS, Melo LP, Bezerra VT, Souza FHM. Efeitos da aplicação do método Bobath e do treino em esteira com suporte parcial de peso na reabilitação da marcha pós-AVC: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2014;18(2):1616.
25. Lacerda NN, Gomes EB, Pinheiro HA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na estabilidade postural e risco de quedas em pacientes com sequela de acidente vascular encefálico: estudo piloto. *Fisioter Pesqui*. 2013;20(1):3742.
26. Segura DCA, Nascimento FC. Efeitos da reeducação postural global no potencial funcional de hemiparéticos espásticos pós acidente vascular encefálico. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2011;13(4):2216.
27. Apolinario ES, Santos EFS, Carneiro JNP, Fernandes CDM, Souza RAS. Kinesio taping como auxiliar na recuperação de pacientes pós-AVC no membro superior parético: um ensaio clínico. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2014;2(6):14.

28. Freitas ACM, Bezerra LAP, Oliveira PCA, Freitas LM, Silva SR, Cirne GNM, et al. Relato de caso: avaliação da eficácia da terapia de espelho na Síndrome de Pusher e da heminegligência em pacientes pós-acidente vascular encefálico. *Fisioterapia Brasil*. 2017;18(3):3628.
29. Arrais Júnior SL, Lima AM, Silva TG. Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico. *Revista interdisciplinar*. 2016;9(3):17984.

Recebido: 4.3.2019. Aprovado: 1.2.2021.