

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTOSENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

PATRICIA CAROLINE SANTANA

A FUNCIONALIDADE NO PACIENTE PÓS-ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO NA PERSPECTIVA DO
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Ribeirão Preto
2019

PATRICIA CAROLINE SANTANA

A FUNCIONALIDADE NO PACIENTE PÓS-ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO NA PERSPECTIVA DO
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva

Ribeirão Preto
2019

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

Santana, Patricia Caroline, 1991-
S232f A funcionalidade no paciente pós-acidente vascular encefálico
na perspectivava do tratamento fisioterapêutico / Patricia Caroline
Santana. - - Ribeirão Preto, 2019.
87 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. SilviaSidnéia da Silva.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2019.**

1. Acidente Vascular Encefálico. 2. Funcionalidade.
3. Fisioterapia. I. Título.

CDD 610

PATRÍCIA CAROLINE SANTANA

**A FUNCIONALIDADE NO PACIENTE PÓS-ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO NA PERSPECTIVA DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO.**

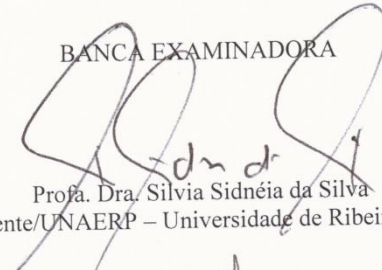
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde


Data da defesa: 03 de maio de 2019

Resultado: Aprovada


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Silvia Sidnéia da Silva
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Livia Marcello Zampieri
USP – Universidade de São Paulo



Prof. Dra. Karina de Melo Conte
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO
2019

DEDICATÓRIA

Esta dissertação é dedicada, exclusivamente, aos meus Pais Roberto Santana e Maria Aparecida Alves, e meu Esposo Luiz Gustavo.

AGRADECIMENTOS

Minha GRATIDÃO primeiramente é a Deus, que por sua infinita bondade e misericórdia, me proporcionou saúde, sabedoria, fé e coragem para que eu concluísse, mais esta etapa em minha vida.

Agradeço aos meus Pais, que me apoiaram e incentivaram para mais este voem direção aos estudos e enriquecimento profissional. Sou imensamente orgulhosa e grata por tudo que vocês fizeram e ainda fazem por mim. Obrigada por acreditarem em mim, eu amo vocês!

Ao meu amor, o meu esposo, gratidão pelo companheirismo, apoio e acima de tudo, por ter sonhado este sonho junto comigo.

Meu coração é grato pela vida da minha Orientadora Silvia, ela foi ponte precursora para que este sonho pudesse ser realizado, além de toda a prestatividade e assistência para elaboração deste trabalho. Obrigada por acreditar em mim e por não medir esforços para que fosse possível a conclusão deste trabalho.

Aos amigos/colegas (Jéssica Castro, Jéssica Vale, Sandra Capelo, Luiz Fernando, Fabricio Pantano - *in memorian*, Douglas Nascimento e Eliel Paixão), pois juntos mergulhamos neste desafio.... grata pela amizade e momentos convividos durante todo este processo.

Gostaria de externar meus agradecimentos aos fisioterapeutas e pacientes que contribuíram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada a vocês.

Por fim, meus agradecimentos se ampliam a todo o corpo docente deste Programa de Mestrado.

*“O grande milagre da vida está bem nas suas mãos,
na sua capacidade de desbravar o que a maioria considera inatingível.”*

Fábio Dummer

RESUMO

SANTANA, P.C. A Funcionalidade no Paciente Pós-Acidente Vascular Encefálico na perspectiva do tratamento fisioterapêutico. 87p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2018.

Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória, de caráter prospectivo, natureza aplicada e abordagem qualiquantitativa, que se utilizará de levantamento (*survey*) como método de procedimento, bem como realizar observação sistematizada dos atendimentos pelo fisioterapeuta. O objetivo geral do estudo foi compreender como ocorre o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade. O estudo ocorreu no período de julho a dezembro de 2018 e contemplou duas etapas, sendo que na primeira deu-se a observação sistemática dos atendimentos fisioterapêuticos que ocorreram no centro de reabilitação; e, posteriormente, foi realizada a entrevista com o fisioterapeuta que fez o atendimento ao paciente. O instrumento para coleta de dados respaldou-se nos preceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade e nas diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. A população foi composta por 09 indivíduos, e um fisioterapeuta do local. Quantitativamente, a prevalência do AVE ocorreu em indivíduos acima de 60 anos, da raça negra, e a hipertensão arterial sistêmica foi fator de risco mais incidente nestes pacientes. Considerando a observação pela pesquisadora constatou-se que os itens mais pontuados dentro da avaliação fisioterapêutica englobaram estruturas e funções relacionadas à sensibilidade e dor, bem como as neuro-musculoesqueléticas, sendo que dentre as atividades e participação priorizaram-se as tarefas e exigências gerais. Em relação aos resultados qualitativos as categorias elencadas foram atividades motoras, sequelas, o cuidador, fator motivacional e tempo. Conclui-se que o atendimento fisioterapêutico é realizado para o paciente pós-AVE no local do estudo, entretanto, algumas barreiras se apresentam no processo de reabilitação e necessitam ser superadas para que a funcionalidade do paciente seja alcançada.

Descritores: Acidente Vascular Encefálico. Funcionalidade. Fisioterapia.

ABSTRACT

SANTANA, P.C. The Functionality in the Post-Stroke Patient from the perspective of the Physiotherapist. 87p. Dissertation. (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2018.

This is a descriptive-exploratory research, of a prospective nature, applied nature and a qualitative approach, which will be used as a survey method as a procedure, as well as a systematic observation of the physical therapist's visits. The general objective of the study was to understand how physical therapy attends the post-stroke patient considering the functionality. The study took place in the period from July to December of 2018 and contemplated two stages: the first of which was the systematic observation of physical therapy visits that occurred in the rehabilitation center; and, later, the interview with the physiotherapist who performed the patient care was performed. The instrument for data collection was based on the precepts of the International Classification of Functionality and the guidelines for attention to rehabilitation of the person with stroke. The population was composed of 09 individuals, and a physical therapist to the place. Quantitatively, the prevalence of stroke occurred in individuals older than 60 years of age, and systemic arterial hypertension was a more frequent risk factor in these patients. Considering the observation by the researcher, it was found that the most punctuated items within the physiotherapeutic evaluation included structures and functions related to sensitivity to pain, as well as neuro-musculoskeletal, among which activities in the participation were prioritized tasks and general requirements. Regarding the qualitative results, the categories listed were motor activities, sequelae, the caregiver, motivation factors and time. It is concluded that the physiotherapeutic care is performed for the post-stroke patient at the study site, however, some barriers are present in the rehabilitation process and need to be overcome so that the patient's functionality is achieved.

Keywords: Stroke vascular encephalic. Functionality. Physiotherapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes por faixa etária e sexo, Ariquemes/RO, 2018.....	36
Tabela 2 - Distribuição da faixa etária dos pacientes acometidos por AVC, bem como os fatores de risco associados. Ariquemes/RO, 2018.....	38
Tabela 3: Distribuição dos pacientes acometidos por AVE, por sexo e tempo de AVE, atendidos no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, pelo fisioterapeuta, Ariquemes-RO, 2018.....	40
Tabela 4: Distribuição dos pacientes acometidos por AVE, por raça e fatores de risco, atendidos no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, pelo fisioterapeuta do estudo, Ariquemes-RO, 2018.....	41
Tabela 5: Distribuição da frequência de respostas referentes à observação quanto às Atividades e Participação no atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, Ariquemes-RO, 2018.....	42
Tabela 6: Distribuição da frequência da ocorrência de terapias relativas às Estruturas do corpo durante a observação da pesquisadora no atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, Ariquemes-RO, 2018.....	44
Tabela 7: Distribuição da frequência da ocorrência de terapias relativas às Atividades e Participação no atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, Ariquemes-RO, 2018.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “Atividades motoras”. Ariquemes/RO, 2018.....	48
Quadro 2 Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “Sequelas”. Ariquemes/RO, 2018.....	50
Quadro 3 – Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “O cuidador”. Ariquemes/RO, 2018.....	53
Quadro 4 – Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “Fator motivacional”. Ariquemes/RO, 2018.....	56
Quadro 5 – Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “Tempo”. Ariquemes/RO, 2018.....	58

LISTA DE SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

AVEi- Acidente Vascular Encefálico isquêmico

AVEh- Acidente Vascular Encefálico hemorrágico

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DVC – Doenças Cerebrovasculares

SNC – Sistema Nervoso Central

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	16
1.2 HIPÓTESE	17
1.3 OBJETIVOS	17
1.3.1 Geral	17
1.3.2 Específicos	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	18
2.2 DOENÇAS CEREBROVASCULARES.....	19
2.2.1 Acidente vascular encefálico.....	19
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	25
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
3.4 COLETA DE DADOS	29
3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados	29
3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados	31
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	33
3.5 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	34
3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA	36
4.2 ANÁLISE QUALITATIVA.....	47
5 CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS.....	63
ANEXO 1.....	71
ANEXO 2.....	73
APÊNDICEA.....	82
APÊNDICEB.....	83
APÊNDICEC	84
APÊNDICE D	87

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Patrícia Caroline Santana, tenho 26 anos, sou casada com Luís Gustavo Henrique de Oliveira e filha de Maria Aparecida Alves e Roberto Santana. Sou graduada em Fisioterapia e pós-graduada com especialização em Fisioterapia Neurofuncional. Atualmente sou docente do curso de Fisioterapia pela Faculdade de Educação de Meio Ambiente (FAEMA) e presto serviços de fisioterapia na clínica instituto FAEMA.

Iniciei minha carreira docente no ano de 2016, e a partir daí surgiu o desejo e vontade em ingressar no Mestrado, a busca pelo aperfeiçoamento e melhora na qualidade do ensino me fizeram optar pela oportunidade ofertada pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) e FAEMA.

Em virtude do Programa de Mestrado em Saúde e Educação oferecer uma ampla área de pesquisa, eu optei em permanecer no segmento de fisioterapia neurofuncional para elaborar minha dissertação, elegendo o tema, visto que compreender o olhar dos fisioterapeutas considerando o aspecto funcional do paciente pós-acidente vascular encefálico foi uma inquietação que surgiu em mim, no ano de 2016, quando iniciei a especialização em fisioterapia neurofuncional.

Acredito que ao término desta dissertação minhas dúvidas serão dirimidas, e me sinto com o coração cheio de gratidão pela oportunidade em iniciar, e logo mais, concluir este propósito.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido como lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo que não se tenha alterações detectáveis nas artérias ou veias, o AVE pode levar a *déficits* neurológicos, incapacidades funcionais e até mesmo a morte, de acordo com Gouvêa et al. (2015).

O acidente vascular encefálico é a segunda maior causa de morte no mundo, responsável por 6,6 milhões de óbitos em 2012. No Brasil, entre as principais causas de mortes, as doenças cerebrovasculares estão em primeiro lugar, seguidas do infarto agudo do miocárdio. No ano 2014, o grupo com 80 anos ou mais representou aproximadamente 37% dos óbitos e a incidência foi semelhante em ambos os gêneros, 50, 1% dos casos em homens. A organização mundial da saúde estima que até 2030, o AVE continue sendo a segunda maior causa de mortes no mundo, sendo responsável por 12,2% dos óbitos previstos para o ano (ARAÚJO et al., 2018).

No Brasil, o AVE representa a primeira causa de morte e incapacidade no país, o que cria grande impacto econômico e social. Dados prospectivos epidemiológicos indicam uma incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9%, sendo o índice de recorrência após primeiro episódio de 15,9% (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o acidente vascular encefálico engloba o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e ou/ globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor (BRASIL, 2013). Sua incidência é maior em indivíduos negros quando comparados aos brancos, e mais frequentemente ocorre em homens do que em mulheres, tratando-se de uma doença que ocorre predominantemente em adultos de meia idade e idosos, com 85% dos casos sendo de origem isquêmica (GOUVÊA et al., 2015).

O AVE pode ser de origem isquêmica ou hemorrágica. No primeiro, o tecido cerebral é privado do fornecimento de sangue arterial, em virtude de um trombo ou êmbolo que obstrui o lúmen do vaso impedindo a passagem sanguínea, tal obstrução é localizada, ocasionando a privação de oxigênio e glicose ao cérebro,

afetando subsequentemente os processos metabólicos do território envolvido. Enquanto o AVE hemorrágico é causado por um aneurisma ou trauma dentro das áreas extra vasculares do cérebro, o sangue extravasado para o interior do cérebro causa uma hemorragia intracerebral ou se extravasado para um espaço entre o cérebro e a membrana aracnoide origina uma hemorragia subaracnóidea. Suas sequelas podem ser permanentes, gerando incapacidades funcionais de caráter temporário ou permanente (TELES; GUSMÃO, 2012; GOUVÊA et al., 2015).

Os fatores de risco mais citados para a ocorrência do AVE incluem hipertensão arterial, diabetes *melittus*, tabagismo, doenças cardíacas, hipercolesterolemia, sedentarismo, comportamentais (emocionais, stress), obesidade e predisposição genética. A aterosclerose é a principal causa, sendo resultado de má alimentação e condições comportamentais. A principal implicação da formação das placas de ateroma nas paredes arteriais é o aparecimento de um aneurisma, que se caracteriza por enfraquecimento da musculatura lisa da parede arterial, um AVE hemorrágico (GOUVÊA et al., 2015).

Os sintomas do AVE dependem de vários fatores, dentre os quais citam-se a extensão, localização e a gravidade da lesão, sendo que em virtude destas variações os danos nas funções motoras, sensitivas, mentais, perceptivas e de linguagem podem acontecer de formas diferentes. Desta forma, os principais sintomas decorrentes de um AVE são os comprometimentos motores (envolvendo a falta de coordenação) e sensitivos podendo ser unilateral ou bilateral, a afasia/disfasia, a apraxia, a ataxia e o déficit de percepção igualmente podem se apresentar comprometidos (JÚNIOR; LIMA; SILVA, 2016).

As sequelas mais frequentes abrangem a perda do controle voluntário dos movimentos musculares, problemas sensoriais, *déficit* cognitivo e problemas na comunicação e fala (SORIANO; BARALDI, 2010). O déficit do controle motor pode ser caracterizado por fraqueza, alteração de tônus e movimentos estereotipados (FERREIRA et al., 2011).

Uma vez que um AVE pode comprometer vários aspectos da vida do indivíduo, a reabilitação deve ser feita por uma equipe multiprofissional de saúde, sempre que possível com o envolvimento de familiares e amigos, devendo compor essa equipe profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, recepcionais, psicólogos e assistentes sociais (SILVA, 2010).

A padronização do modelo de funcionalidade e incapacidade humana possibilita ao fisioterapeuta, em seus procedimentos de avaliação e de intervenção, considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011). Convém descrever que segundo a OMS, a funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo em realizar atividades e tarefas relevantes da rotina diária, bem como sua participação na sociedade (SAMPAIO et al., 2005).

Para que seja alcançada a padronização quanto à funcionalidade nos procedimentos de avaliação e intervenção fisioterapêutica é necessário que a avaliação e intervenção sejam alinhadas e, para tanto, a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições, servindo como enquadramento para organizar esta informação. A CIF organiza a informação em duas partes: 1) Funcionalidade e Incapacidade e 2) Fatores Contextuais. Tais atributos da CIF permite ao fisioterapeuta ter um olhar atento ao aspecto funcional durante a avaliação (LEITÃO, 2004).

Quanto ao processo de intervenção a fisioterapia é imprescindível na reinserção social dos pacientes pós-AVE, uma vez que fisioterapeuta é o responsável não somente pela realização do diagnóstico cinético-funcional e tratamento mais adequado, como também pela orientação ao paciente e seu cuidador, num contexto de atendimento humanizado que envolve o paciente e a família (JÚNIOR; LIMA; SILVA, 2016).

Segundo Albano (2013), as intervenções fisioterapêuticas por meio de técnicas e métodos produzem resultados significativos em pacientes com seqüelas de AVE em condição crônica, com relação às atividades de vida diária, bem como da marcha. Entretanto, é importante ressaltar que o sucesso da reabilitação não depende apenas de várias sessões de terapia, mas também do que ocorre com o paciente durante as horas restantes do dia e da noite, pois quanto mais precoce for o tratamento, maiores as chances de reabilitação (SILVA et al., 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA

Como descrito anteriormente, o presente estudo justifica-se pelo fato do paciente pós-AVE apresentar inúmeras complicações desde o nível cognitivo até o

sensorio-motor, portanto, no tocante a essas sequelas é esperado que o fisioterapeuta se atente para a funcionalidade a ser proporcionada nos atendimentos fisioterapêuticos e, conseqüentemente, consiga facilitar a reinserção deste paciente na sociedade, bem como a melhora da sua qualidade de vida.

1.2 HIPÓTESE

O atendimento fisioterapêutico tem a funcionalidade do paciente com AVE como prioridade no tratamento.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Compreender como ocorre o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade, em um Centro de reabilitação ambulatorial de um município rondoniense.

1.3.2 Específicos

- Descrever a funcionalidade na condição do paciente pós-acidente vascular encefálico;
- Discorrer sobre a importância do fisioterapeuta no reestabelecimento funcional do paciente pós-acidente vascular encefálico;
- Identificar a funcionalidade na concepção do fisioterapeuta, no paciente pós acidente vascular encefálico.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um grupo de doenças que englobam as cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes. A organização mundial da saúde relata que cerca de 80% dos óbitos por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, com 29% dos óbitos em adultos com menos de 60 anos, enquanto naqueles de alta renda esse percentual é de apenas 13% (DUNCAN et al., 2012).

No estudo de Lessa (2004), sobre DCNT no Brasil, a autora pontuou que as informações sobre a epidemiologia, prevenção e controle, bem como tratamento dessas doenças têm origem nos países desenvolvidos da América do Norte e Europa, e acrescenta que os países em desenvolvimento estão reproduzindo a história das DCNT dos países desenvolvidos, agravada, ao considerarmos o Brasil, pelas dificuldades de implementação de programas abrangentes para DCNT devido à dimensão continental do País.

Nessa direção, Duncan et al. (2012) apontam esforços do Ministério da Saúde que publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis com foco nas ações populacionais para “controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, com ênfase no controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool” (p. 1).

Atualmente, PAHO (2016) ratifica que as DCNT são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura, na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil. No século passado, as doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito, enquanto atualmente, com as melhorias de condições socioeconômico-culturais, a mortalidade é preponderantemente consequência das doenças crônicas não transmissíveis.

Para Duncan et al. (2012), fatores de risco como o fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool são comuns no Brasil, cujos dados demonstram que estão presentes em adultos de 18 anos ou mais, residentes nas capitais brasileiras, onde 15% fumam, apenas 30% consomem frutas e

hortaliças; 34% consomem carne com excesso de gordura; somente 30% praticam atividades físicas e 8% fazem ingestão de bebida alcoólica.

Nessa direção, as doenças cerebrovasculares compõem o quadro de complicações que advêm dessa exposição constante e elevada a esses riscos de risco, como descritas a seguir.

2.2 DOENÇAS CEREBROVASCULARES

As Doenças Cerebrovasculares (DCV) incluem todas as formas de doenças cerebrais provenientes de vasos sanguíneos comprometidos. A sua apresentação mais comum é o acidente vascular encefálico. A prevalência é elevada em todo o mundo e vem crescendo à medida que mudam também os hábitos da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação desregrada, entre outros) (HENN, 2017).

A alta prevalência de DCV engloba a doença cardíaca coronariana e o acidente vascular encefálico, que permanecem no Brasil como as principais causas de morte em ambos os sexos, e afetam quase a metade da população em algum momento durante a vida, levando à incapacidade (VIEIRA et al., 2017).

Segundo Henn (2017) existem várias condições resultantes das DCV, sendo que as mais corriqueiras são o acidente vascular isquêmico, hemorrágico e o isquêmico transitório. Independentemente do tipo de acometido, todas estas condições são eventos agudos, com instalação súbita em alguns casos, ou sintomas que aparecem e evoluem rapidamente em questão de minutos.

2.2.1 Acidente vascular encefálico

O acidente vascular encefálico é a perda repentina da função neurológica originada por uma interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo. O AVE isquêmico é o tipo mais comum, afetando cerca de 80% dos indivíduos com AVE; e ocorre quando um coágulo bloqueia ou impede o fluxo sanguíneo, privando o encéfalo de oxigênio e nutrientes essenciais. O AVE hemorrágico ocorre quando os vasos se rompem, causando derramamento de sangue no interior ou ao redor do encéfalo (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010).

Para Lucena et al. (2011), o acidente vascular encefálico é uma das condições crônicas de saúde mais abrangente, gerando um índice de incapacidades

significativas nas diversas funções humanas. Apresenta elevada prevalência e frequentemente está corroborando com elevados indicadores de morbidade e incapacidade que resultam em diferentes problemas de saúde pública.

O sinal clássico decorrente do AVE é a hemiplegia ou hemiparesia, porém boa parte dos sobreviventes exibe algum *déficit* sensorial que varia em intensidade, área e modalidade, e que acaba não sendo bem avaliado em exames de rotina (FAGUNDES et al., 2015).

O acidente vascular encefálico hemorrágico é o menos frequente, porém o mais fatal e ocorre devido a ruptura de um vaso sanguíneo cerebral, prejudicando assim a perfusão cerebral. A hemorragia pode ocorrer em qualquer área do Sistema Nervoso Central (SNC), entretanto, existem dois tipos principais de AVE hemorrágicos: o AVE hemorrágico intracerebral (10% a 15%), que ocorre no parênquima cerebral e o AVE hemorrágico subaracnóideo (5%), no espaço subaracnóideo decorrente de um aneurisma de um vaso sanguíneo (ESTEVEZ, 2013).

Os Acidentes Vasculares Isquêmicos (AVEi) são derivados da oclusão de uma artéria cerebral e podem ter 2 origens: nos AVEiaterotrombóticos (tipo mais comum) o vaso tem a parede quase inteiramente ocluída por uma placa de gordura (ateroma), uma pequena lesão nessa placa determina a formação de um coágulo que oclui completamente a luz da artéria, gerando isquemia na região que era irrigada. Esse mecanismo é semelhante ao que ocorre nas artérias coronárias durante um infarto agudo do miocárdio. O outro tipo de AVEi é o cardioembólico, onde uma arritmia cardíaca que predispõe à formação de trombos no interior do átrio esquerdo, eventualmente um trombo atrial pode se desprender e ser impulsionado através da circulação, de forma a originar uma oclusão aguda de uma artéria (embolia) em qualquer lugar do corpo. Quando esse evento ocorre em uma artéria cerebral, o paciente sofre um AVEi (HENN, 2017).

No AVE podem ocasionar alterações e sequelas incapacitantes à pessoa, entre elas podemos citar a alteração da marcha e dos movimentos dos membros, o surgimento da espasticidade, comprometimento do controle esfinteriano e da linguagem, prejuízos as funções cognitivas, a dificuldade na realização das atividades de vida diária, bem como suas atividades de lazer. Tais alterações funcionais interferem em suas AVD, tornando-os dependentes, sem vida própria,

causando isolamento social e depressão, desestruturando a vida dessas pessoas e, conseqüentemente, a de suas famílias (CRUZ; DIOGO, 2009).

De acordo com O' Sullivan e Schmtz (2010), em níveis clínicos o AVE pode produzir vários *déficits* focais, incluindo alterações do nível de consciência e comprometimento das funções sensório-motoras, cognitivas, perceptivas e de linguagem.

Segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares - SBDCV (2018), os sinais de alerta para o AVE englobam a fraqueza ou parestesia na face, no braço ou na perna, especialmente em um hemisfério; confusão, alteração da fala ou compreensão; alteração na visão (em um ou ambos os olhos); alteração do equilíbrio, coordenação, tontura ou alteração no andar; dor de cabeça súbita, intensa, sem causa aparente.

Entre as causas mais comuns de óbito, o AVE encontra-se em segundo lugar no Brasil, e tende a manter essa posição até 2030. Todas as faixas etárias estão sujeitas a serem acometidas, entretanto, em indivíduos com mais de 55 anos, a incidência aumenta a cada década de vida, com sequelas mais graves e maior taxa de mortalidade (UTIDA; BASTISTON; SOUZA, 2016).

O acidente vascular encefálico representa uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Estima-se que seja responsável por quase 5,5 milhões de mortes. No Brasil, a taxa de óbitos é superior aos dos demais países da América Latina e, na população idosa, a prevalência dobra a cada década, a partir dos 50 anos de idade (SANTOS et al., 2017).

Os principais fatores de risco para o AVE incluem a hipertensão, as cardiopatias e a diabetes (FIGUEIREDO; MEJIA, 2014). Nos últimos anos, estudos têm evidenciado técnicas aprimoradas para identificar os fatores de risco que podem ser modificados, além daqueles que não podem sofrer modificações, pois a identificação e controle precoce desses fatores favorecem ações preventivas primárias para o AVE (ARAÚJO et al., 2017).

O AVE é uma patologia possível de prevenção, e seus fatores de riscos modificáveis compreendem o controle da pressão arterial, de colesterol e lipídios; o ato de parar de fumar e a realização de atividade física regular (FIGUEIREDO; MEJIA, 2014).

Dentre os fatores de risco modificáveis, as doenças cardíacas como as arritmias que podem motivar embolias, constituem um importante fator de risco. Já a

hipertensão arterial é o principal deles, aumentando a incidência do AVE em cerca de três vezes ou mais, sendo que Araújo et al. (2017) referem que o controle e acompanhamento da pressão diminui em 42% o seu risco.

Os fatores de risco não modificáveis incluem: (1) a idade - o aumento da mesma é um fator de risco óbvio, e a partir a 6ª década o risco para DVC praticamente duplica a cada dez anos; (2) o gênero masculino tem maior propensão quando comparado com feminino, embora essa diferença diminuía com o avançar da idade; (3) a raça, indivíduos da raça negra têm maior incidência, provavelmente porque são mais acometidos por hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito; (4) histórico familiar é um fator de risco independente para as DVC, parentes de primeiro grau têm risco comprovadamente aumentado (HENN, 2017).

O tratamento do AVE isquêmico baseia-se na reperfusão, ou seja, desobstrução do vaso cerebral ocluído, normalizando a circulação cerebral. O medicamento comumente utilizado é o trombolítico, que é injetado na veia e circula pela corrente sanguínea até o vaso cerebral afetado e dissolve o coágulo que está ocluindo a circulação. Quanto mais rápido o tratamento for iniciado, menor serão os danos cerebrais e, conseqüentemente, menores as perdas funcionais (SBDCV, 2018).

A evolução do processo de recuperação desde a ocorrência do AVE até o retorno à vida comunitária e social pode ser dividido em três estágios: agudo, ativo (reabilitação) e de adaptação ao ambiente. Preconizasse que os objetivos primários da reabilitação precoce envolvam a prevenção de deterioração secundária tanto física, como intelectual e emocional e preparar os pacientes e familiares para os desafios à frente (ALVAREZ; PIRES; CARAMÊZ, 2014).

Atualmente, o conceito de reabilitação no AVE está baseado nas evidências da neuroplasticidade, considerada responsável pela recuperação dos movimentos. Os métodos terapêuticos que induzem alterações neuroplásticas levam a uma melhor recuperação motora e funcional do que os métodos tradicionais (FILIPPO et al., 2015).

De acordo com Filippo (2015), a plasticidade neural pode ser ponderada pela habilidade do cérebro em recuperar uma função através de proliferação neural, migração e interações sinápticas, já a plasticidade funcional é o grau de recuperação possível de uma função por meio de estratégias de comportamento alteradas.

A reabilitação fisioterapêutica pretende capacitar os indivíduos com *déficits* para melhorarem as funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais. Compreende todo um programa durante o qual o paciente progride, ou mantém o máximo grau de independência que é capaz (FIGUEIREDO; MEJIA, 2014).

O profissional fisioterapeuta é capacitado e especializado no tratamento das disfunções decorrentes dos distúrbios motores e sensoriais, ocasionados pelo AVE. Cabe a esse profissional realizar a avaliação da força, resistência, amplitude de movimento, alterações da marcha e *déficits* sensoriais. Cabe ao fisioterapeuta também elaborar um plano de reabilitação individualizado, buscando como objeto promover a recuperação do controle motor, a independência nas tarefas funcionais, otimizar e estimular os aspectos sensoriais, bem como prevenir complicações secundárias, como o encurtamento dos tecidos moles (SILVA, 2010).

De acordo com Verdiane et al. (2016), os programas de reabilitação vêm tendendo uma mudança de conceito, definindo saúde em termos mais amplos onde fatores sociais, psicológicos e ambientais também colaboram para qualidade de vida e saúde dos pacientes. Uma das formas atuais de se avaliar a saúde (ou sua falta) em uma população refere-se com a alteração da sua funcionalidade, definida como a relação entre o corpo, o comportamento e a vida em sociedade.

Diante do exposto acima, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), inseriu a CIF na prática clínica dos fisioterapeutas por meio da resolução nº 370/2009, na qual fica constituída que este profissional deve utilizar esta ferramenta dentro de suas competências institucionais, entretanto, sabe-se que o uso desta ainda não é inteiramente explorado (LIMA, 2017).

Para os modelos de metas de intervenção e estruturação da avaliação, a CIF reflete uma abordagem que prioriza a funcionalidade como componente da saúde no tratamento de pacientes com deficiência (VERIDIANE, 2016).

Segundo Figueiredo e Mejia (2014), o processo de reabilitação envolve seis parâmetros principais: (1) prevenção, reconhecimento e gestão das complicações e comorbidades; (2) terapia para o máximo de independência; (3) facilitar ao máximo a capacidade do indivíduo e da família para lidar com a situação e se adaptarem; (4) prevenção do *déficit* secundário através da promoção da reintegração social, incluindo o acompanhamento do regresso à casa, da família e atividades recreacionais e vocacionais; (5) reforço da qualidade de vida considerando o *déficit*

residual; (6) prevenção de um segundo AVE ou outros eventos vasculares, como o infarto agudo do miocárdio, que ocorrem mais frequentemente nesta população.

Em ambiente hospitalar, os objetivos estão direcionados para as necessidades de sobrevivência e para a prevenção de outras lesões cerebrais. Os cuidados, por parte do profissional de saúde, são orientados para o estado de inconsciência, se for o caso. Os sinais vitais devem ser cuidadosamente controlados e o profissional de saúde deve observar se há aumento de temperatura durante os primeiros dias, diminuição da frequência do pulso e respiratória, e agravamento do coma (MOVIMENTO, 2016).

Na fase aguda, os cuidados visam evitar complicações a partir do AVE original, pela imobilidade e pela dependência que provoca, e pela perda de funcionamento causada por deficiências focais (TERAPIADOMOVIMENTO, 2016).

O atendimento em ambulatório deve-se iniciar o mais precoce possível, entretanto, é necessário um grande cuidado para prevenir contraturas e escaras, por meio de posicionamento correto no leito e atividades para amplitude do movimento. O tratamento deve ser intensivo para que se obtenham resultados satisfatórios e os objetivos do tratamento abarcam evitar o desenvolvimento de padrões anormais de movimento; ensinar o paciente a não compensar, de maneiras desnecessárias e potencialmente perigosas com o seu lado não afetado (MOVIMENTO, 2016).

Na fase de reabilitação ambulatorial, o fisioterapeuta deve dar ênfase aos movimentos isolados alternando repetidamente de um tipo de movimento para outro, e ensaiando movimentos complexos que requerem uma grande capacidade de coordenação e equilíbrio, como descer ou subir escadas e mover-se entre obstáculos. Uma estratégia atual da fisioterapia baseia-se na eficácia da realização de atividades direcionadas a um objetivo como, por exemplo, um determinado jogo, para promover e estimular a coordenação. Outra técnica atual é a terapia de contenção induzida pela restrição do uso do membro saudável, *biofeedback*, treino eletromecânico da marcha e estimulação elétrica funcional que estimulam o cérebro à reorganização e recuperação das funções (SILVA, 2010).

No estudo de Correia e colaboradores (2010) foi evidenciado que o uso da crioterapia nos músculos espásticos reduz a hipertonidade e facilitaram o manuseio do paciente, tornando possível a efetivação da cinesioterapia e possibilitando o treino funcional e a prevenção do desenvolvimento de deformidades articulares.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória, de caráter prospectivo, natureza aplicada e abordagem qualiquantitativa, que se utilizou de levantamento (*survey*) como método de procedimento, para fazer observação sistematizada do atendimento fisioterapêutico a pacientes com AVE e, posteriormente, realizar entrevista ao fisioterapeuta do local, conforme instrumento de pesquisa.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo primordial proporcionar maior familiaridade com um problema; envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos, assumindo em geral a forma de pesquisas bibliográficas e estudos de caso. Enquanto a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de certa população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis, envolvem técnicas de coleta de dados padronizadas e assume, em geral, a forma de levantamento (GIL, 1994).

Visto que o presente estudo busca compreender como ocorre o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade, as características do delineamento descritivo-exploratório foram selecionadas para atender aos objetivos desta pesquisa.

A abordagem qualitativa relaciona-se com um nível de realidade, não quantificável e com um universo de significados, atitudes e valores de pessoas, de grupos e de comunidades (LEHFELD, 2016). O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências.

Por definição, a abordagem quantitativa é caracterizada pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas (OLIVEIRA, 2011).

Frente aos conceitos pontuados, a pesquisa em curso possui uma abordagem qualiquantitativa, pois busca compreender – qualitativamente – como de fato ocorrem os atendimentos fisioterapêuticos no aspecto funcional dos

pacientes pós-acidente vascular encefálico e, posteriormente, apresentar essas informações a partir de estatística descritiva, com foco na abordagem quantitativa.

O levantamento *survey* pode ser descrito como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas. É apropriado como método de pesquisa quando se deseja responder questões do tipo “o quê?”, “por que?”, “como?” e “quanto?” como assinala Freitas et al. (2000). Sendo assim, o levantamento *survey* foi escolhido por atender tais expectativas, pois no presente estudo busca responder algumas perguntas no cenário estudado.

As entrevistas, além de proporcionar uma captação do que os pesquisados sabem e pensam, também permitem ao pesquisador observar tom de voz, gestuais e os silêncios. A entrevista semiestruturada possui um roteiro pré-elaborado e o pesquisador apresenta tópicos para o pesquisado expor o que pensa sobre eles (LEHFELD, 2016).

A observação sistematizada consiste em um método utilizado para compreender como funciona uma determinada tarefa ou atividade. O pesquisador observa as etapas de um processo, as ferramentas utilizadas, as dificuldades que permeiam o meio, os diálogos e os resultados do trabalho. Ainda, a observação sistemática é guiada por um objetivo definido, algo que se deseja saber sobre aquela atividade. A observação é feita repetidas vezes até que se tenham suficientes evidências para afirmar tal fato (CORAI, 2018).

Em conformidade com a descrição supracitada, referente a observação sistemática, o presente estudo fez uso deste método, pois o objetivo principal desta pesquisa é compreender como ocorre o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade, observando-se o processo de atendimento aos pacientes pelo fisioterapeuta.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Ariquemes é um município brasileiro do estado de Rondônia, constituído em 21 de novembro de 1977. O nome Ariquemes é uma homenagem à tribo extinta de indígenas *Arikeme*. Ariquemes é hoje a terceira maior cidade do estado de Rondônia com aproximadamente uma população de 101.269 habitantes e, possui um dos

maiores polos de educação superior da região. A cidade cresceu com base na migração, com muitos migrantes vindos do Rio Grande do Sul e Paraná.

A saúde do município de Ariquemes constitui-se de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h de porte II, com capacidade média de atendimentos de 250 pacientes por dia. A UPA funciona de forma mediadora entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e unidade Hospitalar, com atendimentos que exigem atenção médica intermediária, como problemas de pressão, febre alta, suturas, entre outros. Sua função é ajudar a desafogar o pronto-socorro, ampliar e melhorar o acesso dos pacientes aos serviços de urgência no Sistema Único de Saúde (SUS) (ARIQUEMES, 2017).

De acordo com o supracitado, a UPA é mediadora e atende à demanda da população, e caso não solucione o problema, o paciente é encaminhado para o hospital regional ou hospital da criança (ARIQUEMES, 2017).

Ariquemes conta com 08 UBS, sendo elas: a UBS do setor 2, setor 5, setor 6, setor 9, setor 10, bairro Marechal Rondon, Bairro Mutirão, Bairro Alvorada. Das unidades citadas, a UBS do setor 5 é referência em atendimentos voltados para a saúde da mulher, a UBS do setor 9 é referência em doenças endêmicas como a tuberculose e a hanseníase, as demais UBS são mais voltadas para consultas gerais (ARIQUEMES, 2017).

Ariquemes conta com apenas um ambulatório, que é o centro de reabilitação Belmira Araújo, inaugurado em 19 de abril de 2008, possuindo como principal objetivo atender indivíduos incapacitados e que necessitam de atendimento primariamente nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia. O atendimento ocorre de segunda a sexta-feira, nos horários das 07h as 12h e das 13h as 18h (ARIQUEMES, 2017).

O centro de reabilitação Belmira Araújo é mantido pelo município, e oferece atendimentos com 03 fisioterapeutas, 01 Fonoaudiólogo, 01 Terapeuta Ocupacional, 02 Psicólogos, 01 médico Ortopedista e 01 Otorrinolaringologista. Compete ressaltar que dos três fisioterapeutas que formam a equipe local, apenas um atende pacientes neurológicos adultos, enquanto os outros atendem as demais generalidades clínicas. Esta divisão, segundo a direção do local, se faz necessário devido aos pacientes neurológicos exigirem uma atenção especial, durante os atendimentos. (ARIQUEMES, 2017).

O centro de reabilitação Belmira Araújo está localizado na avenida Juscelino Kubistchek (JK), nº 2178, setor de áreas especiais, Ariquemes/RO, telefone: (69) 3536-7214, possui em seu espaço físico: 01 recepção, sala de administração, 02 consultórios de psicologia, 01 consultório de fonoaudiologia, banheiros, 01 almoxarifado, 01 cozinha e duas salas de Fisioterapia. Especificamente, conta com uma sala de reabilitação fisioterapêutica, composta por várias macas, espaldar, bicicletas ergométricas, esteira rolante, aparelhos de eletroterapia como: ultrassom, laser, possui também bolas Bobath, mesa de Bonet, mesa de Kanavel, cama elástica, tablado, tábuas de propriocepção, escada de canto, entre outros equipamentos. Este centro de reabilitação atende uma média diária de 150 pacientes por mês, sendo aproximadamente 30 destinados à fisioterapia referente ao ano de 2017.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os registros de atendimentos a pacientes no Centro de Reabilitação Belmira Araújo são realizados, manualmente, situação que possibilita a subnotificação de alguns cadastros. Entretanto, no ano de 2017, foram atendidos 1302 pacientes para realização de fisioterapia, com diagnóstico de AVE no centro de reabilitação citado, ressaltando-se que existe uma variação no fluxo diário de pacientes, não havendo a delimitação do dia para atendimentos ao paciente com determinado diagnóstico clínico, podendo-se apontar que a média diária de pacientes com AVE foi de 05 pacientes, 25 pacientes por semana, no ano de 2017, em um contexto de 52 semanas no ano com atendimentos realizados de segunda a sexta-feira.

No processo de busca por informações referentes aos atendimentos fisioterapêuticos observou-se que não há registro em prontuários físicos ou eletrônicos decorrentes das avaliações e condutas terapêuticas executadas nos atendimentos, existindo apenas controle manual com dados básicos de identificação do paciente.

Salienta-se que os pacientes, por vezes, chegam ao Centro de Reabilitação sem o diagnóstico clínico específico de AVE: isquêmico ou hemorrágico. Desse modo, como critério de inclusão no estudo foram considerados os pacientes com AVE, atendidos no Centro de Reabilitação Belmira Araújo, no período de agosto a dezembro de 2018, sem delimitação de sexo e idade, que aceitaram participar da

pesquisa, após ciência dos objetivos e assinatura do TCLE; além do aceite do profissional fisioterapeuta que realiza os atendimentos – este profissional também foi convidado a participar do estudo e, ao aceitar, assinou o TCLE após ciência dos objetivos da pesquisa.

Foi realizado o acompanhamento de 09 atendimentos semanalmente, num total de 50 ocorridos de agosto a dezembro de 2018, excetuando dias como feriados, com alterações climáticas como de excesso de chuvas, e que tiveram intercorrências com o transporte dos pacientes. Essas intercorrências impediram os pacientes de chegarem ao serviço de reabilitação para o atendimento fisioterapêutico.

Foram excluídos aqueles pacientes que não foram atendidos no período delimitado, que se recusaram a participar, bem como possuíam limitação cognitiva ou motora para assinatura do TCLE e/ou que possuam outros diagnósticos para atendimento fisioterapêutico.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados, realizou-se levantamento bibliográfico de referências para subsidiar sua criação. Verificou-se neste levantamento, que a esfera científica considera dois aspectos importantes quando o tema é funcionalidade no paciente pós-AVE, os estudos evidenciam que para considerar o aspecto funcional na avaliação fisioterapêutica é necessário priorizar os preceitos baseados pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)(2004), enquanto que para as intervenções fisioterapêuticas, o guia preconizado são as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral (BRASIL, 2013).

Ressalta-se que a CIF é um instrumento que adota modelo de funcionalidade e incapacidade humana, possibilitando ao fisioterapeuta considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo, em seus procedimentos de avaliação e intervenção (SAMPAIO et al., 2005).

A CIF tem 02 partes, cada uma com dois componentes: (Parte 1) Funcionalidade e Incapacidade, com os componentes: (a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo; (b) Atividades e Participação. A (Parte 2) considera

Fatores Contextuais, pautados nos componentes: (c) Fatores Ambientais e (d) Fatores Pessoais.

Para o presente estudo foi considerada apenas a parte 1 do instrumento, visto que atende diretamente o objetivo proposto na referida pesquisa, que visa averiguar se o processo de avaliação fisioterapêutica baseado na CIF é utilizado pelo fisioterapeuta. É pertinente destacar que o instrumento CIF engloba vários itens de categorização, entretanto, para este estudo foi considerado, como já sinalizado, a parte 1 para verificar se o fisioterapeuta tem um olhar atento para a funcionalidade do paciente, optando por listar sim ou não para as questões abordadas nessa etapa, onde sim significa que o fisioterapeuta teve um olhar atento para as questões assinaladas e o não, o ato negativo.

A Organização Mundial da Saúde aponta em sua tradução por Leitão (2004), que o componente da CIF no aspecto funcionalidade e incapacidade englobam:

1. Funções do corpo e estruturas do corpo - as funções do corpo são definidas como as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas), enquanto as Estruturas são as partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes;
2. Atividades e participação – as atividades referem-se à execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; e a Participação é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

Deste modo, na avaliação fisioterapêutica consideram-se as diversas funções e estruturas do corpo, bem como as atividades e participação, conforme descritas no Anexo 1.

Com relação aos fatores contextuais, os mesmos não foram considerados parte integrante do instrumento da pesquisa, pois representam o histórico completo de estilo de vida sob a condição de saúde do indivíduo. Os fatores ambientais também não foram considerados no instrumento da pesquisa, pois os mesmos constituem o ambiente físico, social e onde as pessoas vivem e conduzem sua vida.

O Ministério da Saúde elaborou as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral (AVC), com o intuito de qualificar o cuidado em reabilitação da pessoa com AVC, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo da diretriz é fornecer orientações às equipes multiprofissionais de Saúde especificamente quanto aos cuidados em reabilitação, considerando as alterações

físicas, auditivas, visuais, intelectuais e emocionais das pessoas que sofreram AV. (BRASIL, 2013).

Segundo as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral (BRASIL, 2013), recomenda-se que a reabilitação da pessoa com AVC aconteça de forma precoce, e em toda a sua integralidade. O indivíduo com alterações decorrentes de um AVE pode apresentar diversas limitações em consequência do evento, e a recuperação é diferente em cada caso. O tratamento médico imediato, associado à reabilitação adequada, pode minimizar as incapacidades, evitar complicações e proporcionar ao indivíduo o retorno, mais breve possível, às suas atividades e participação na comunidade.

As diretrizes são voltadas a uma abordagem multiprofissional, baseadas nas possíveis condições e complicações advindas de, pelo menos, um evento do AVE (BRASIL, 2013). Estas diretrizes podem, de acordo com a apresentação clínica e funcional identificada pela avaliação multiprofissional do indivíduo, ter suas ações realizadas no ambiente hospitalar ou ambulatorial, de acordo com o exposto no Anexo 2, apontando a condição clínica e as condutas recomendadas, a saber, paralisia facial x condutas recomendadas; fraqueza muscular x condutas recomendadas; *déficits* de sensibilidade x condutas recomendadas; alterações visuais x condutas recomendadas; limitação de atividades motoras e funcionais x condutas recomendadas; bem como limitação de atividades de vida diária x condutas recomendadas.

Cabe ressaltar, que o instrumento elaborado, suprimiu o item “*Déficit* sensorio-motor – Disfagia”, visto que tais disfunções são tratadas pelo profissional fonoaudiólogo.

Além dos fatos pontuados acima, buscou-se realizar a categorização dos indivíduos envolvidos na pesquisa, no caso os pacientes e o fisioterapeuta. Quanto aos pacientes preconizou-se categorizar: sexo, nascimento, etnia, tempo de lesão, primeiro AVE e histórico familiar. Com relação ao fisioterapeuta, buscaram-se informações relativas ao tempo de formação, tempo que trabalha com reabilitação, quanto tempo trabalha no centro de reabilitação e qual seu papel dentro do centro de reabilitação.

3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados

A pesquisa foi realizada após a submissão e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), com autorização anterior dos responsáveis pelo serviço e também dos sujeitos envolvidos na pesquisa (pacientes que serão observados e o fisioterapeuta que teve seu atendimento pontuado, bem como foi entrevistado).

Os pacientes selecionados para a pesquisa foram escolhidos mediante alguns critérios pré-estabelecidos como: apresentar o cognitivo preservado, apresentar o diagnóstico clínico de AVE e aceitar assinar o termo de compromisso livre e esclarecido, no tocante a autorizar a observação de seu atendimento fisioterapêutico. Mediante a seleção, os mesmos receberam todas as informações necessárias sobre os procedimentos, riscos e benefícios do estudo, bem como seus objetivos, para assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Após as assinaturas no TCLE e explicações de como ocorreria a pesquisa, deu-se início a coleta de dados, observando-se o atendimento fisioterapêutico prestado individualmente.

Houve dois momentos para a coleta de dados. A primeira etapa realizada pela pesquisadora, que realizou a observação sistemática para obter as informações referentes a como ocorreu o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade, por meio dos instrumentos adotados no estudo. A segunda etapa consistiu na elaboração de 03 perguntas abertas ao fisioterapeuta que prestou o atendimento ao paciente (previstas no instrumento do estudo), a resposta do fisioterapeuta foi gravada, a fim de facilitar a transcrição da mesma para o estudo. Optou-se em realizar a entrevista ao final do atendimento, para que o fisioterapeuta não fosse influenciado na execução de seus atendimentos, evitando um viés na pesquisa.

Ressalta-se que os procedimentos realizados nas etapas I e II ocorreram após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos do estudo (Apêndice I), considerando o paciente que foi observado e o fisioterapeuta que realizou o atendimento.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2018, sendo que os atendimentos selecionados para a observação do atendimento ao paciente e posterior entrevista com o fisioterapeuta ocorreram no momento de maior fluxo de atendimentos, alcançando o número de 09 atendimentos semanalmente; num total de 50 atendimentos no período proposto para a pesquisa.

Durante a coleta de dados, devido à elevada demanda de pacientes para os atendimentos, os pacientes começaram a ser atendidos uma vez por semana, com sessão de 1 hora de duração de, aproximadamente. Foi estimado pela equipe local que cada paciente receberá 20 sessões de fisioterapia e ao término dessa quantidade, diante de satisfatória evolução do paciente, este receberá alta. Entretanto, se necessitar de continuidade de atendimento fisioterapêutico, voltará para a fila e aguardará novo agendamento.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações quantitativas coletadas foram analisadas separadamente e, posteriormente, submetidas à análise estatística dos dados coletados por meio do instrumento, resultando em dados descritivos da amostra, sendo que as variáveis foram expressas por medida de tendência de ponto central (média) e de dispersão (desvio padrão), e possibilitaram as tabelas presentes nos resultados e discussão. Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do *software Microsoft Excel 2010*.

Ainda na apresentação dos dados, para assegurar o anonimato dos participantes e ao mesmo tempo nominá-los dentro da pesquisa, foram atribuídos letras e números referentes a cada um, sendo P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 e P9.

Para a análise qualitativa foram analisados os conteúdos das questões abertas, obedecendo à análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), obedecendo as seguintes etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

A etapa da pré-análise consistiu em leitura fluente, e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação, a etapa de exploração do material, versou sobre a codificação dos dados a partir das unidades de registro e, para tanto, este estudo optou pelo recorte de temas (análise temática), por meio de um processo dinâmico e indutivo de atenção, ora mensagem explícita concreta, ora as significações não aparentes do contexto (BARDIN, 2016).

Na última etapa realizou a categorização, que consistiu na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. A categorização desta forma apresenta grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo

seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos (BARDIN, 2016).

3.5 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA

São mínimos, sendo que ao fisioterapeuta apenas o desconforto e/ou constrangimento ao responder algumas perguntas pertinentes ao trabalho, bem como ser observado; e ao paciente, o constrangimento ao ser observado.

Os benefícios à população estudada cumprem norteá-los para que o atendimento fisioterapêutico busque a funcionalidade.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

A pesquisa está de acordo com o preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde atende, portanto, as diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos. Foi desenvolvida após autorização do Secretário de Saúde do Ariquemes-RO (ANEXO 3), do responsável pelo Ambulatório Centro de Reabilitação Belmira Araújo (ANEXO 4) e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto.

Houve benefícios diretos desta pesquisa para o participante, que pôde obter novos conhecimentos, e essas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca do atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente pós-acidente vascular encefálico isquêmico, podendo este estudo, posteriormente, ser referência para o município no tocante aos aspectos fisioterapêuticos funcionais dos pacientes pós- AVE.

Aos participantes foi garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo na instituição onde realiza o tratamento, respaldando-se, inclusive, nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Também não foram oferecidos riscos advindos da participação nessa investigação, pois cada sujeito foi observado de forma individual sem serem submetidos a riscos, ressaltando-se que os mesmos, puderam retirar-se do estudo

no tempo em que lhes conviessem; bem como a fisioterapeuta poderia deixar o estudo como lhe conviesse, sem quaisquer outros prejuízos.

Cabe ainda comentar que não houve riscos mínimos para os participantes da pesquisa que ao se tornarem sujeitos dessa pesquisa, poderiam se apresentar constrangidos pelo desconforto da observação, no caso do paciente, ou terem algum constrangimento na resposta de uma das perguntas ou procedimento, no caso do fisioterapeuta; mas não ocorreram os aspectos citados.

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica. As situações pontuadas não ocorreram, permitindo, portanto, a realização de todas as etapas propostas no estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico apresentamos os resultados das análises quantitativas e qualitativas do presente estudo.

Na análise quantitativa demonstramos o perfil do fisioterapeuta participante da pesquisa e a compilação das respostas às questões fechadas do instrumento 1 (Avaliação fisioterapêutica) e 2 (Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral).

Da análise qualitativa avaliamos a opinião do fisioterapeuta referente ao processo de atendimento, dificuldades e potencialidades no atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

O fisioterapeuta, profissional participante do estudo, tem 26 anos de idade; está formado e trabalha com a reabilitação de pacientes há três anos, sendo que destes, dois atua no Centro de Reabilitação do estudo. No centro de reabilitação exerce o papel de fisioterapeuta neurofuncional na reabilitação do adulto.

A amostra de pacientes com diagnóstico de AVE foi constituída por 09 participantes, sendo 78% com idades superiores a 60 anos; idade média de 69 anos, sendo a mínima de 37 e máxima 82 anos; houve predomínio do sexo masculino 67% (n=06), conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e sexo, Ariquemes/RO, 2018.

Sexo	Faixa Etária	Total
F	< 60 anos	1
	70 a 90 anos	1
	80 anos ou mais	1
Total F		3
M	< 60 anos	1
	60 a 69 anos	2
	70 a 90 anos	2
	80 anos ou mais	1
Total M		6
Total		9

Fonte: Centro de Reabilitação Belmira Araújo, Ariquemes/RO (2018)

Na amostra do estudo 78% (n= 07) pertencem à raça negra e ressalta-se que a paciente mais jovem (37 anos), é do sexo feminino.

Na pesquisa de Costa (2009), o autor confirma os achados do presente estudo, uma vez que a maior parte do público acometido pelo AVC é de homens, com idades superiores a 50 anos, de etnia negra. O estudo evidencia que o risco de sofrer um AVC é superior nos homens, ultrapassado pelas mulheres, somente, após os 85 anos. O risco relativo homem/mulher de sofrer um AVC é de 1,25 (para idades entre os 55-64 anos), 1,5 (para idades entre os 65-74 anos), 1,07 (para idades entre 75-84 anos) e 0,76 (para idades superiores a 85 anos). Aproximadamente 3/4 de todos os eventos de AVC ocorrem em pessoas com idades superiores a 65 anos. Após os 55 anos de idade, o risco de sofrer um AVC mais do que duplica a cada década, existindo incidência superior de AVC em pessoas negras, em comparação com brancos, especialmente nos jovens (COSTA, 2009).

Corroborando com o estudo acima, Silva (2012) refere que a incidência do AVC é maior nos homens do que nas mulheres, para ambas classificações da doença. Além disso, os homens sofrem o primeiro AVC com uma idade inferior à das mulheres, a idade média dos homens foi de 72,7 anos enquanto a das mulheres foi de 76,3 anos. A explicação biológica mais comum para as diferenças entre os sexos no AVC relaciona-se com os hormônios esteroides, particularmente, o estrogênio. Vários estudos sugerem que as mulheres estão protegidas pelos estrogênios endógenos entre 17-21 anos. No entanto, apesar destas evidências, os estudos realizados com terapia de substituição hormonal em mulheres após a menopausa não têm demonstrado vantagens.

No presente estudo foi possível observar que a população feminina tem um crescimento quanto à incidência, tal fato corrobora com o estudo Rosa; Moraes e Trevisan (2015) que encontraram maior proporção de mulheres acometidas por AVC, no estudo que realizaram, sendo que o aumento justificou-se pelo elevado índice glicêmico, ao uso de contraceptivos orais e hipertensão arterial sistêmica, bem como a vida agitada e crescente atuação da mulher no mercado de trabalho; associando-se, portanto, a fatores de risco e com morbidades, como pontuados.

Quanto à ocorrência do AVE em indivíduos com faixa etária mais jovem, o estudo de Pereira et al. (2010) aborda que fatores de risco cardiovascular como a hipertensão arterial sistólica são desencadeadores de AVE, principalmente, em faixa etária acima de 30 anos. Corroborando com os autores citados anteriormente,

Albuquerque et al. (2011) evidenciam que nos últimos anos o número de pessoas jovens acometidas tem apresentado elevação gradativa em função da exposição crescente aos fatores de risco como tabagismo, uso excessivo de bebida alcoólicas, sedentarismo, obesidade e uso de contraceptivo oral.

Na Tabela 2 estão distribuídas faixa etária e fatores de risco dos participantes do estudo demonstrando que apenas uma paciente na faixa etária menor que 60 anos apresentou como fator de risco a endocardite infecciosa; além do predomínio da hipertensão arterial sistêmica 88,9% (n=8), seguida do sedentarismo 44,5% (n=4) como fatores de risco presentes na faixa etária de 60 a 80 anos ou mais.

Tabela 2 – Distribuição da faixa etária dos pacientes acometidos por AVC, bem como os fatores de risco associados. Ariquemes/RO, 2018.

Faixa Etária	Fatores de risco	Total
< 60 anos	endocardite infecciosa	1
	hipertensão arterial sistêmica e sedentarismo	1
60 a 69 anos	hipertensão arterial sistêmica e sedentarismo	2
	diabetes <i>mellitus</i> , hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo e sobrepeso	1
70 a 90 anos	hipertensão arterial sistêmica	1
	hipertensão arterial sistêmica e diabetes	1
	hipertensão arterial sistêmica e hipertireoidismo	1
80 anos ou mais	hipertensão arterial sistêmica e hipertireoidismo	1
	hipertensão arterial sistêmica e sedentarismo	1
Total		9

Fonte: Autoria própria (2018).

O estudo de Lavor; Agra e Nepomuceno (2011) aborda que referente à idade, pessoas acima de 55 anos de idade têm como agravantes fatores de risco como a hipertensão, doenças cardiovasculares, colesterol alto, tabagismo, obesidade e diabetes.

Dentre os fatores de risco, corroborando os achados da presente pesquisa, a hipertensão arterial sistêmica foi mais prevalente. Ainda citando Lavor; Agra e Nepomuceno (2011), cerca de 63,8% da população participante do estudo que realizaram possuíam hipertensão arterial sistêmica, enquanto 13,58% apresentaram a diabetes *mellitus* como fator de risco.

Outro estudo ratifica que na faixa etária de 71 a 75 anos a hipertensão foi o fator de risco mais prevalente (JÚNIOR et al., 2013). Sobre a obesidade, Santos et

al. (2011) referem que esta doença aumenta o risco de diabetes, de hipertensão arterial e de aterosclerose, assim, indiretamente, aumenta o risco de AVE.

O sedentarismo foi outro fator de risco que se apresentou evidente nos resultados da presente pesquisa, e confirmando este achado, Santos et al. (2012) referiram que o sedentarismo foi citado por mais da metade da amostra em seu estudo, sendo também constatado que 87% indivíduos eram hipertensos e 13% diabéticos.

Os dados comentados estão de acordo com o estudo de Silva (2012) que aponta a diabetes *mellitus* como um fator de risco para o AVE, este achado pode estar relacionado com o fato de os pacientes com esta patologia possuem um risco aumentado de trombose e uma maior viscosidade sanguínea que, por sua vez, aumenta o risco de micro e macroangiopatia.

Botelho et al. (2016) destacam que os fatores de risco modificáveis como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças cardíacas, tabagismo, obesidade têm contribuído diretamente para o aumento do número de internações pelo AVE.

Chaves (2000) pontua em seu estudo que no Brasil a hipertensão é o fator de risco mais importante para a doença cerebrovascular, cuja estimativa de prevalência está em torno de 11% a 20% na população acima dos 20 anos, e 35% acima dos 50 anos; enfatizando que em torno de 85% dos pacientes com AVE são hipertensos. Deste modo, observa-se a necessidade do controle da morbimortalidade relacionada ao AVE, no âmbito nacional, por meio de programas do governo, representada centralmente pela Estratégia de Saúde da Família (BOTELHO et al., 2016).

Na Tabela 3 é demonstrada a relação do sexo e o tempo de AVE, observando-se que o sexo feminino, proporcionalmente, deu início ao tratamento mais precocemente que a população masculina, e este fato são cruciais para a boa evolução fisioterapêutica.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes acometidos por AVE, por sexo e tempo de AVE, atendidos no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, pelo fisioterapeuta, Ariquemes-RO, 2018.

Sexo	Tempo de AVC	Total
F	4 meses	1
	9 meses	1
Total F		3
M	10 meses	1
	2 anos	1
	3 anos	1
	10 anos	1
Total M		6

Fonte: Autoria própria (2018).

Quanto mais precoce o tratamento, melhor a evolução, isto é afirmado no estudo de Fernandes e Santos (2010) aodescreverem que durante os primeiros três a seis meses da ocorrência do AVE ocorre uma elevada recuperação do quadro clínico, quando iniciado o tratamento fisioterapêutico precocemente, sendo visível nas primeiras semanas um progresso mais rápido, porém, esta pode ser alcançada após um período superior a seis meses.

Concomitante aos achados acima, as pesquisadoras Nunes; Pereira e Silva (2005) abordam que após a lesão, sobretudo, entre o primeiro e terceiro mês após o AVE a recuperação funcional tem maior perspectiva quando comparada aos pacientes que iniciaram após os seis meses.

O estudo de Antão (2018) aponta um processo de reabilitação voltado e focado para os indivíduos de forma individual, que deve se iniciar o mais precoce possível, no sentido de melhorar a funcionalidade e conservar ou melhorar a autonomia física, psicológica, social e econômica, consequentemente, permitirá a diminuição dos níveis deficitários, aumentar a capacidade funcional e promover a reintegração social, familiar e profissional.

Silva; Nascimento e Brito (2013) evidenciam em sua pesquisa que a reabilitação pode ser iniciada em 24 ou até 72 horas, como momento ideal, porém deve levar em consideração aspectos como estabilidade clínica, o lado da lesão, a prontidão para a reabilitação, motivação, colaboração do paciente, adequação e capacidade de aprender. Os mesmos autores ressaltam que a reabilitação na fase aguda, além de reduzir a instalação de complicações secundárias, favorece a

capacidade de realizar outras tarefas, eleva a autoestima e, concomitantemente, colabora com a recuperação motora, funcional e da autonomia do paciente.

Na Tabela 4 estão distribuídos os pacientes acometidos por AVE considerando a raça e fatores de risco sendo possível identificar 22,2% (n=2) não possuem raça delimitada. A hipertensão arterial sistêmica é fator de risco para 77,8% (n=7) dos pacientes que informaram a raça; enquanto o sedentarismo está presente em 85,7% (n=6) pacientes da raça negra.

Tabela 4: Distribuição dos pacientes acometidos por AVE, por raça e fatores de risco, atendidos no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, pelo fisioterapeuta do estudo, Ariquemes-RO, 2018.

Raça	Fatores de risco	Total
Branca	hipertensão arterial sistêmica	1
	hipertensão arterial sistêmica e hipertireoidismo	1
Total branca		2
Negra	diabetes <i>mellitus</i> , hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo e sobrepeso	1
	hipertensão arterial sistêmica e diabetes	1
	hipertensão arterial sistêmica e sedentarismo	5
Total negra		7

Fonte: Autoria própria (2018).

Os resultados evidenciados na tabela acima mostram que dentre os fatores de risco relacionados à raça, a hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente, tal fato corrobora com os achados de Lotufo e Bensenor (2013), que aborda a prevalência da hipertensão arterial, como o principal fator de risco para a doença cerebrovascular, em maior número na raça negra; segundo, a maior incidência da doença cerebrovascular entre negros em decorrência de hipertensão.

Sobre o sedentarismo, o mesmo está relacionado a baixa prática de atividade física, e por este fato, mulheres brancas sedentárias com idades entre 65 e 74 anos se apresentam predispostas ao risco do AVE, segundo dados do estudo de Chaves (2000).

Ainda argumentando sobre o tema supracitado, Graças (2015) refere que a atividade física moderada reduz o risco de AVE, mas este risco ainda é menor se a atividade física for intensa. A atividade física também é útil na correção de outros

fatores de risco de AVC, como a hipertensão arterial, Diabetes *Mellitus* e dislipidemia.

O estudo de Correia e Oliveira (2017) relacionam que a maior incidência de hipertensão em negros está relacionada aos aspectos alimentares, principalmente, quanto à quantidade de sal na alimentação. Grandes quantidades de sal na alimentação estão diretamente ligadas ao aumento dos níveis pressóricos, e pessoas que compõem a raça negra possuem uma maior sensibilidade ao sódio quando comparados a pessoas brancas.

Considerando os achados do presente estudo e a apropriação dos conteúdos da literatura permitidestacar que os fatores de risco mais evidenciados foram os modificáveis, permitindo sua minimização ou exclusão como fator de risco, sendo desta forma, possível reduzir os índices de AVE ocasionados pela hipertensão arterial sistêmica, por exemplo; alterando o quadro de morbimortalidade pelo AVE.

Na Tabela5são apresentadas as observações realizadas pela pesquisadora com relação ao atendimento fisioterapêutico ao paciente acometido por AVE quanto às funções do corpo, considerando: as funções mentais; sensoriais e dor; da voz e fala; do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológicos e respiratórios; funções geniturinárias e reprodutivasneuro-musculoesqueléticas relacionadas com o movimento e da pele e estruturas relacionadas. Tais observações foram consideradas nos atendimentos aos 09 pacientes, durante o período preconizado para a pesquisa.

No processo de observação foi constatado que as funções sensoriais e dor, bem como as neuro-musculoesqueléticas relacionadas com o movimento foram priorizadas pelo fisioterapeuta do serviço ocorrendo em 08 (89%) dos pacientes, enquanto as funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino foram consideradas em apenas 03 (33%) deles.

Tabela 5: Distribuição da frequência da ocorrência de terapias relativas às Funções do corpo durante a observação da pesquisadora no atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, Ariquemes-RO, 2018.

Funções	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
Mentais	5	56%	4	44%
Sensoriais e Dor	8	89%	1	11%

Voz e da Fala	5	56%	4	44%
Aparelho cardiovascular dos sistemas hematológicos e imunológicos e do aparelho respiratório	6	67%	3	33%
Aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino	3	33%	6	67%
Geniturinárias e reprodutivas	4	44%	5	56%
Neuro musculoesqueléticas relacionadas com o movimento	8	89%	1	11%
Pele e estruturas relacionadas	6	67%	3	33%

Fonte: Autoria própria (2018).

De acordo com os achados na Tabela 5 quanto às alterações das funções sensoriais, um estudo revelou que na fase aguda pós-AVE, as alterações sensoriais podem atingir 85% dos casos; podendo variar em intensidade, área e modalidade. Quanto ao tipo de alteração sensorial, o comprometimento da sensibilidade tátil e dolorosa, é mais frequente que a proprioceptiva. Convém ressaltar que alterações das funções sensoriais, relacionam-se com alterações das funções neuromusculares, de modo que os *déficits* sensoriais interferem no desempenho das atividades motoras (FAGUNDES et al., 2015).

O estudo de Fagundes et al. (2015) expõe que o conhecimento dos *déficit*s sensoriais ajuda na escolha de estratégias de reabilitação, desta forma, justifica ser um dos itens que obteve maior porcentagem, corroborando com a preconizada pelo fisioterapeuta participante do estudo.

Ainda sobre as alterações sensoriais no paciente pós-AVE, Silva (2010) afirma que pode existir diminuição ou abolição da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa), o que contribui para o risco de autolesões e, por outro lado, outros pacientes podem apresentar parestesias, sensações cutâneas subjetivas na ausência de estímulo (frio, calor, formiguelo, pressão).

Outro estudo pontuou que os principais comprometimentos diretos incluíram os *déficit*s somatossensoriais, dor, *déficits* visuais e motores, alterações no tônus, reflexos anormais, paresia e padrões alterados de ativação muscular, *déficits* de programação motora, distúrbios de controle da postura e equilíbrio, distúrbios da fala e linguagem, disfagia. Quanto à dor, no ombro é extremamente comum após o AVE, afetando entre 70 a 84% dos

casos, em geral, existe a dor relacionada ao movimento e, em casos graves, ao repouso (PIASSAROLI et al., 2012).

Sobre a dor, a literatura acrescenta que os pacientes frequentemente apresentam uma variedade de síndromes de dor crônica resultantes da lesão do sistema nervoso (dor neuropática), portanto, é comum a experiência de dor moderada a intensa com irradiação para o ombro em membros paralisados, caracterizando o ombro doloroso (SILVA, 2010).

A pesquisa de Silva; Lima e Cardoso (2014) também aborda que após um AVE, a capacidade de integração do sistema sensorio motor se apresenta comprometida no paciente.

Frente às informações expostas anteriormente, é possível constatar que alterações quanto às funções sensoriais e dor, bem como as neuro-musculoesqueléticas se apresentam em pacientes pós – AVE, o que corrobora com o tratamento realizado pelo fisioterapeuta do serviço, ocorrendo em 08 (89%) dos pacientes, priorizando a terapia dessas funções.

Ainda foi observado pela pesquisadora como ocorreu o atendimento fisioterapêutico aos pacientes acometidos por AVE quanto às Estruturas do corpo (Tabela 6) e constatou-se que o sistema nervoso e o movimento foram observados em 100% (n=09) dos pacientes, entretanto, somente 01 (11%) paciente teve olho, ouvido e estruturas relacionadas, avaliados.

Tabela 6: Distribuição da frequência da ocorrência de terapias relativas às Estruturas do corpo durante a observação da pesquisadora no atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, Ariquemes-RO, 2018.

Estruturas	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
Sistema nervoso	9	100%	0	0%
Olho, ouvido e estruturas relacionadas	1	11%	8	89%
Voz e fala	3	33%	6	67%
Aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório	5	56%	4	44%
Aparelho digestivo e com sistemas metabólico e endócrino	3	33%	6	67%
Geniturinárias e reprodutivas	2	22%	7	78%
Movimento	9	100%	0	0%
Pele e estruturas relacionadas	2	22%	7	78%

Fonte: Autoria própria (2018).

Quanto às estruturas do corpo, estas se relacionam com as funções do corpo, visto que quando uma estrutura se apresenta comprometida, conseqüentemente, a função também assim se apresentará.

Segundo o exposto acima, as informações ratificam o descrito no estudo de Pereira et al. (2013), evidenciando que as estruturas do corpo comprometidas se relacionam com as funções, ratificando que os sistemas motores estão presentes no encéfalo e na medula espinhal, e estes nos tornam capazes de realizar movimentos, equilíbrio, manutenção da postura e comunicação.

Em relação às estruturas acometidas pelo AVE, a lesão vascular se faz presente decorrente de um *déficit* focal súbito, incluindo lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos. A gravidade do quadro e o comprometimento funcional variam de acordo com as estruturas vasculares acometidas e com a área encefálica por ela irrigada, podendo gerar alterações cognitivas, sensitivas e/ou funcionais (FREITAS, 2011).

Pereira et al. (2010) ressaltam que a maioria dos pacientes apresentou AVE no território da artéria cerebral média, o que é concordante com os dados apresentados pela literatura. Esta artéria é responsável pela irrigação da área motora e da linguagem, cuja lesão leva frequentemente à necessidade de reabilitação.

Ainda sobre as estruturas do sistema nervoso e movimento, a literatura descreve que a paralisia é uma das disfunções mais comuns, ocorre no lado contralateral à região do cérebro afetada, envolvendo parte ou mesmo toda a metade do corpo, podendo ser total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia); e ainda apresentar problemas de equilíbrio e/ou coordenação (ataxia) quando o cerebelo é afetado (SILVA, 2010).

Os achados da presente pesquisa que evidenciam as estruturas do corpo, sistema nervoso e o movimento com maiores percentuais para o tratamento fisioterapêutico, faz jus à fisiopatologia do AVE, visto que tais estruturas estão intrinsecamente ligadas a fisiopatologia.

Na Tabela 7 está demonstrado como ocorreu o atendimento fisioterapêutico referentes às atividades e participação do paciente, durante a observação da pesquisadora, e verificou-se que as tarefas e exigências gerais foram priorizadas pelo profissional fisioterapeuta, sendo notados em 78 (n=07) pacientes. Em

contraponto, interações e relacionamentos interpessoais foram acatados em apenas 22% (n=02) atendimentos.

Tabela 7: Distribuição da frequência da ocorrência de terapias relativas às Atividades e Participação no atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, Ariquemes-RO, 2018.

Atividades e Participação	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
Aprendizagem e aplicação do conhecimento	4	44%	5	56%
Tarefas e exigências gerais	7	78%	2	22%
Comunicação	5	56%	4	44%
Mobilidade	3	33%	6	67%
Autocuidado	6	67%	3	33%
Vida doméstica	6	67%	3	33%
Interações e relacionamentos interpessoais	2	22%	7	78%
Áreas principais da vida	4	44%	5	56%
Vida comunitária, social e cívica	5	56%	4	44%

Fonte: Autoria própria (2018).

O critério atividades e participações abordam o item tarefas e exigências gerais que, por sua vez, englobam aspectos gerais da execução de uma única ou de várias tarefas, organização de rotinas e gestão do estresse (LEITÃO, 2004).

Quanto às tarefas e exigências, o estudo de Silva; Lima e Cardoso (2014) aborda que pacientes pós – AVE tendem a apresentar prejuízos que resultam em limitações nas atividades de vida diária, restrições na participação social culminando na piora da qualidade de vida.

Aproximadamente 60% dos indivíduos que sofrem AVE ficam com disfunção motora que se torna *déficit* permanente, um ano após a lesão. Esses problemas resultam em dificuldades para a execução dos movimentos funcionais, prejudicando a qualidade de vida individual, principalmente a independência relativa à realização das AVDs e ao desempenho ocupacional (FREITAS, 2011).

Outro fator limitante para a execução das tarefas e exigência é a fraqueza dos membros superiores após o AVC, sendo prevalente na fase aguda e crônica de recuperação, sendo que 40% indivíduos permanecem com *déficit* funcional do membro superior afetado na realização das AVDs. Todavia, mesmo frente ao tratamento, aproximadamente 60% dos pacientes permanecem com algum grau de

prejuízo motor dependente, ou parcialmente dependente na realização das AVDs. Tal fato ocorre em parte, devido a recuperação do membro superior ser mais crítica para o desempenho das independências nas AVDs (SILVA, 2013).

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Em conformidade com a metodologia proposta nessa pesquisa, todas as entrevistas do fisioterapeuta referentes a cada atendimento foram analisadas utilizando a Análise de Conteúdo, descrita por Bardin (2016). Primeiramente, foram realizadas repetidas e atentas leituras das 09 entrevistas, permitindo com isso selecionar, criar as categorias.

As categorias foram definidas considerando as palavras e/ou frases que mais se repetiram durante as falas do fisioterapeuta, e se constituíram em cinco categorias, a saber: “Atividades motoras”, “Sequelas”, “O cuidador”, “Fator motivacional”, e “Tempo”.

Na apresentação dos dados, para assegurar o anonimato dos participantes e ao mesmo tempo nominá-los dentro da pesquisa, foram atribuídas letras e números referentes a cada um, sendo P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 e P9; como já mencionado. A fim de organizar a leitura e facilitar a visualização das categorias e os discursos correspondentes, foram estruturados os Quadros 1, 2, 3, 4 e 5.

Na categoria “Atividades Motoras” evidenciamos discursos que abordam a reabilitação fisioterapêutica dos pacientes e identificou-se nas falas que a reabilitação oferecida pelo fisioterapeuta, busca a função no sentido de alcançar a funcionalidade para a realização das atividades de vida diária (Quadro 1). A busca por ofertar reabilitação funcional para os seus pacientes vão ao encontro dos registros da literatura.

Quadro 1– Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “Atividades motoras”. Ariquemes/RO, 2018.

Categoria	Discurso
	<i>(P1) Todo um processo voltado para a função dele, [...] atividades motoras básicas como rolar, sentar [...] Ele não tinha equilíbrio nenhum! Função nenhuma [...] Toda essa fisioterapia é voltada para a funcionalidade dele, ganho de função né! [...]</i>
	<i>(P2) [...] é um paciente com lesão antiga, dentro da realidade dele, eu tento trabalhar mais a questão da função, função do dia a dia. [...] Realizar</i>

Atividades motoras	<i>as atividades do dia a dia com uma maior independência possível. Dentro da realidade dele algumas coisas ainda não são possíveis, mas só dele conseguir dá um apoio né! [...]</i>
	<i>(P3) [...] Ele conseguir realizar suas atividades do dia a dia, com maior independência possível né, caminhar, levantar, sentar, rolar na cama [...] numa fisioterapia também voltada para o cardiorrespiratório com bicicleta ergométrica, mas, sempre voltado para funcionalidade, mas, sempre trabalhando o cardiorrespiratório.</i>
	<i>(P4) [...] é um paciente que chegou aqui e não sentava sozinho, não deitava sozinho, não levantava, sempre tem que dar a mão, sempre pede pra dar a mão, [...] na verdade ele tem condições de estar fazendo essas coisas, é o que a gente procura trabalhar com ele.</i>
	<i>(P5) É um atendimento voltado para a função, [...] eu tento trabalhar com ela principalmente para ganho de função e independência. Então são exercícios voltados para atividades funcionais, atividades motoras [...]</i>
	<i>(P6) [...] tem evoluído bem nas atividades funcionais quase todas, realizando voltado para alguns déficits que ele ainda tem [...] então exercícios visando isso, os treinos de marcha por causa do déficit de equilíbrio, [...] mas já é uma reabilitação mais final visando um melhor condicionamento, equilíbrio e propriocepção.</i>
	<i>(P7) [...] mas que evolui muito bem do AVC dele, ele vem se recuperando muito bem ele já chegou pra fisioterapia quase de alta. [...] então o grande objetivo com ele é condicionamento aeróbico o cardiovascular e prevenção de novos episódios de AVC [...]</i>
	<i>(P8) É uma paciente bem recente, é uma fisioterapia inicialmente votada para corrigir alguns padrões dela, ela tem uma espasticidade muito forte principalmente em membro inferior. [...] também dá pra começar a dá função par o membro superior parético que se encontra muito acometido [...]</i>
	<i>(P9) Procuo propor pra ela ganho de função, [...] é uma fisioterapia voltada para as atividades motoras básicas né! Rolar, sentar, levantar [...] Antes de tudo melhorar as funções básicas dela.</i>

Fonte: Autoria própria. Dados resultantes das entrevistas ao fisioterapeuta (2018)

Borella e Sacchelli(2009) descrevem que os trabalhos atuais relatam que a reorganização neural é guiada de uma forma que facilita a recuperação da funçãoé um objetivo preliminar da recuperação neural. Os estudos com humanos confirmam que essa reorganização pode ser facilitada incorporando treinamento repetitivo, prática de tarefas específicas, treinamento sensoriale prática mental, todas integradas às estratégias de reabilitação.

Keyvani e Schallert(2002) apontam que as doenças neurológicas requerem um programa de tratamento que incorpore principalmente o treino de atividades funcionais, é essencial para uma maior independência dos pacientes, e acredita-se que um dos elementos que permitem a sua evolução clínica pauta-se no treino dessas atividades interferir de forma benéfica na neuroplasticidade,estimulando-

a. Portanto, a prática de atividade motora e a aprendizagem de habilidades podem alterar sinapses ou reduzir eventos moleculares na área perilesionada ou nas áreas mais remotas do córtex, incluindo as não diretamente prejudicadas (KEYVANI; SCHARLLET, 2002).

Os efeitos do treinamento de tarefas motoras sobre a neuroplasticidade foi descoberto em pesquisas com seres humanos, como reiterado em um estudo com 10 pacientes com AVC e paresia em membro superior que receberam quatro semanas de sessões diárias de reabilitação com tarefas funcionais e obtiveram melhora nas atividades como rolar na cama, tomar banho, lavar louça, abotoar, entre outras e ativação do córtex primário sensoriomotor, córtex pré-motor ipsilateral e contralateral e cerebelo ipsilateral (LINDBERG et al., 2004).

Similarmente, em um estudo realizado por oito semanas de tratamento, encontrou-se acréscimo de 20% na melhora da independência funcional, incluindo tarefas motoras finas, discriminação sensorial e desempenho musculoesquelética, observando-se ainda, que a prática de exercícios em casa maximizou a recuperação e os ganhos foram mantidos por 3 meses (BORELLA; SACCHELLI, 2009).

Summers et al. (2007), em um estudo com pacientes que sofreram AVC, concretizaram um tratamento que abordava tarefas funcionais como agarrar, levantar objetos, e comparou o treino bilateral com o unilateral. Os resultados mostraram que os indivíduos que receberam treino bilateral tiveram redução no tempo de movimento do membro lesado, aumento da habilidade funcional e diminuição do volume do mapa do músculo alvo no hemisfério não afetado comparados com os que receberam o treino unilateral. Portanto, a prática bilateral pode promover melhor recuperação da função.

Ainda na categoria "atividades motoras" nas falas do fisioterapeuta são apontadas algumas condutas de reabilitação preconizadas pelo fisioterapeuta que visam o condicionamento físico, bem como a prevenção de novos AVC, como ilustrados nos trechos citados a seguir.

(P3) [...] Ele conseguir realizar suas atividades do dia a dia, com maior independência possível né, caminhar, levantar, sentar, rolar na cama [...] **Uma fisioterapia também voltada para o cardiorrespiratório** com bicicleta ergométrica, mas, sempre voltado para funcionalidade, mas, sempre trabalhando o cardiorrespiratório.
(P7) [...] mas que evolui muito bem do AVC dele, ele vem se recuperando muito bem ele já chegou pra fisioterapia quase de alta. [...] **então o grande objetivo com ele é condicionamento aeróbico o cardiovascular e prevenção de novos episódios de AVC** [...]

Segundo Jakaitis et al. (2012), na tentativa de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade decorrentes do AVC, intervenções têm sido designadas para estabelecer o controle dos fatores de risco, a fim de prevenir novos eventos de AVC por meio do aumento da capacidade aeróbica destes indivíduos. Estes, por sua vez, apresentam necessidade de atividades físicas visando condicionamento físico.

Sobre preconizar atividades motoras funcionais, o estudo de Pompeu et al. (2011) destaca que os pacientes com AVC agudo permaneciam mais de 50% do dia restritos ao leito. Indivíduos acamados apresentam uma redução dos volumes e capacidades pulmonares, diminuição que pode ser de 25 a 50% dos índices esperados. Sendo assim, é de extrema relevância propor atividades que exijam a participação ativa do paciente, ainda que seja mínima.

No processo de categorização também foi nomeada a categoria “sequelas” e os discursos correspondentes estão pontuados no Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “Sequelas”. Ariquememes/RO, 2018.

Categoria	Discursos
Sequelas	<i>(P1) [...] foi um paciente que chegou muito limitado pra fisioterapia, muito limitado mesmo [...] É o segundo AVC e o segundo AVC é mais forte! Deixou ele bem limitado agora dos dois lados, [...] ele tem uma limitação funcional no membro superior esquerdo maior né [...]</i>
	<i>(P2) [...] Ele chegou aqui, um paciente muito limitado, muito dependente, não tinha dependência nem de fazer uma transferência, [...] O lado parético dele, a paresia do lado dele é muito severo, [...] infelizmente o lado parético teve pouca resposta. [...] mas a lesão dele foi grande e ele vai ter restrições e sequelas em carácter permanente.</i>
	<i>(P3) [...] Ele tem a sequela do AVC, mas não é o fator mais limitante dele, e sim a condição cardiorrespiratória dele. Então é uma fisioterapia voltado pro cardiorrespiratório. [...] as diversas complicações cardíacas que ele já teve, isso limita muito ele. [...]</i>
	<i>(P4) [...] muitos padrões são sequelados, então assim, muita rigidez já instalada, muito movimento já não tem mais, mas ele teria com certeza se fosse feito um pouco antes [...]</i>
	<i>(P5) [...] ela apresenta uma sequela muito significativa no hemisfério, a lesão cerebral dela é uma lesão grande, [...] eu já peguei ela na fase hipertônica e com bastante espasticidade. [...]</i>
	<i>(P6) [...] Ele tem evoluído bem, porém alguns déficits ainda são presentes como o de equilíbrio e propriocepção. [...] evitando problemas secundários dentro das más posturas e maus hábitos.</i>
	<i>(P7) [...] ele já se recuperou das sequelas, ele já não tem mais sequelas do AVC, ele tá apto a realizar atividades físicas. [...] prevenção de novos</i>

	<i>episódios. [...]</i>
	<i>(P8) [...] ela tem uma espasticidade muito forte, [...] função zero, grau de força zero [...]</i>
	<i>(P9) Possui uma seqüela de AVC há mais de um ano, [...] uma seqüela extensa [...]</i>

Fonte: Autoria própria. Dados resultantes das entrevistas ao fisioterapeuta (2018)

Na categoria “sequelas” notou-se, em uma das falas do fisioterapeuta, que as sequelas referentes ao comprometimento cardiorrespiratório e forças musculares estão presentes nos pacientes, como se evidenciam em trechos abaixo:

(P3) [...] Ele tem a seqüela do AVC, mas não é o fator mais limitante dele, **e sim a condição cardiorrespiratória dele.** [...]

(P8) [...] ela tem uma espasticidade muito forte [...] função zero, **grau de força zero** [...]

As sequelas citadas acima corroboram com o estudo de Jakaitis et al. (2012), pois os comprometimentos nas realizações das atividades de vida diária, estão relacionadas à redução da capacidade de gerar força, provavelmente, devido à diminuição do recrutamento de unidades motoras durante uma atividade física, redução da capacidade oxidativa dos músculos e uma diminuição global da resistência aeróbia, causando um aumento no gasto energético durante a realização das Atividades de Vida Diária (AVD). O alto gasto energético apresentado pelos indivíduos com sequelas pós-avc durante a realização das atividades pode contribuir para a fadiga precoce, dispnéia, depressão, ansiedade, estilo de vida sedentário e conseqüentemente falta de condicionamento físico.

Comumente, o AVE apresenta sequelas clínicas que refletem a localização e a extensão da lesão vascular, tal fator se evidencia em alguns discursos do fisioterapeuta como:

(P1) [...] **É o segundo AVC e o segundo AVC é mais forte!** [..]

(P2) [...] **mas a lesão dele foi grande e ele vai ter restrições e sequelas em carácter permanente.**

(P5) [...] **a lesão cerebral dela é uma lesão grande,** [...]

(P9) Possui uma seqüela de AVC há mais de um ano, [...] **uma seqüela extensa** [...]

Portanto, de acordo com o supracitado, a extensão e localização da lesão determinam as sequelas, lesões no sistema córtico espinal após o AVC interferem em atividades de vida diária, mobilidade e comunicação (SANTOS et al., 2011).

Também se apresentou nos discursos a sequela da espasticidade, como ilustrada nas falas:

(P4) eu já pegueiela na fase hipertônica e com **bastante espasticidade. [...]**

(P8) [...] ela tem uma **espasticidade muito forte**

Em relação à sequela da espasticidade, a literatura descreve que espasticidade emerge em cerca de 90% dos casos e desencadeia uma série de complicações associadas como a resistência aumentada à mobilização passiva, que dificulta ou impossibilita a movimentação ativa, e dificulta a atividade motora voluntária com *déficit* na amplitude de movimento e força muscular (SANTOS et al., 2011).

Sobre a sequela apontada no seguinte discurso: “**(P6) [...]** *Ele tem evoluído bem, porém alguns déficits ainda são presentes como o de equilíbrio e propriocepção. [...]*”, no estudo de Santos et al. (2011) confirma-se que a sequela de *déficits* do equilíbrio e propriocepção apresentados por pacientes pós AVE são decorrentes da espasticidade, estas por sua vez influenciam o controle do início do movimento, bem como o controle motor voluntário, além de acarretar deformidades estáticas.

Corroborando o estudo acima, Pompeu et al. (2011) descrevem que o controle de tronco é essencial para a independência em atividades funcionais básicas, como a mobilidade no leito e a manutenção da sedestação.

A hemiparesia também é uma sequela que aparece nos discursos, a literatura aborda que a hemiparesia é um dos sinais clínicos mais característicos e evidentes após o AVC, acarretando inúmeras limitações funcionais e alterações secundárias (POMPEU et al., 2011).

É pertinente relatar, que as informações descritas acima, se correlacionam com os dados quantitativos no que se refere às estruturas e funções do corpo acometidas, visto que as mesmas se relacionam com as sequelas pontuadas pelo fisioterapeuta. Na análise quantitativa evidenciou-se que tanto as funções como as estruturas do sistema nervoso e músculo- esquelético se apresentaram com um maior percentual de alterações, causando assim com as sequelas pontuadas pelo fisioterapeuta.

No Quadro 3 estão descritos os discursos do fisioterapeuta relativos ao tratamento do paciente pós AVC, presentes na terceira categoria: “O cuidador”.

Quadro 3– Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “O cuidador”. Ariquemes/RO, 2018.

Categoria	Discursos
O cuidador	<i>(P1) A grande dificuldade com ele é a questão familiar, ele tem pouco apoio da família, [...] Mas sem muita assistência, sem muito incentivo [...] sem muita assistência, pouco estímulo para fazer atividades [...]</i>
	<i>(P2) [...] mas só de ele conseguir dá um apoio pra quem tá cuidado dele já é importante, [...] essa função que ele não tinha tá sendo muito importante, por que alivia muito quem tá cuidado dele. A pessoa que cuida dele, também tem muitas dificuldades e alguns outros, e dá essa independência pra ele, melhorou muito a qualidade de vida dele e de quem cuida dele.</i>
	<i>(P3) [...] outra dificuldade que eu tenho com ele, na verdade é mais a família dele, é a dificuldade dele seguir uma dieta alimentar, então assim, às vezes ele extrapola, come algumas coisas escondidas o que também acarreta a saúde dele.</i>
	<i>(P4) O que eu venho tentando trabalhar com ele, é pra ele ter mais independência e aliviar um pouco a carga do filho dele [...]</i>
	<i>(P5) Na realidade dela, é ter o mínimo de independência pra fazer suas transferências, pra que quando ela for ficar de pé ela possa fazer isso ajudando a outra pessoa, [...] eu pretendo com ela, é ela ajudar quem tá ajudando ela [...]</i>
	<i>(P6) [...] uma teimosia! As manias que ele tem algumas resistências a orientações [...]</i>
	<i>(P7) [...] ele é um paciente que está evoluído para alta e continuar fazendo os exercícios em casa é fundamental.</i>
	<i>(P8) [...] ela já realiza o levantar, sentar pra ela não é mais problema.</i>
	<i>(P9) [...] facilitar pra quem tá cuidando dela, [...] Ela tem um excelente apoio da família, levam ela pra fisioterapia [...] eles atendem a necessidade dela! [...]</i>

Fonte: autoria própria. Dados resultantes das entrevistas ao fisioterapeuta (2018)

O estudo de Andrade et al. (2009) evidencia que cerca de dois milhões de pessoas que sobrevivem ao AVC permanecem com alguma incapacidade; e destas, 40% necessitam de assistência nas atividades de vida diária, atividades estas que podem englobar desde o falar até o deambular. Sendo assim, neste contexto surge uma personagem de grande importância para o paciente, o familiar ou responsável, que cuida. Por cuidador entende-se a pessoa cuja incumbência é a de realizar as tarefas para as quais o doente lesado pelo episódio mórbido não tem mais a possibilidade de executar, de acordo com Andrade et al. (2009).

Ainda para os autores supracitados existe a necessidade de subsidiar Políticas Públicas de Saúde para tomada de medidas cabíveis quanto à orientação dos cuidadores para execução dos cuidados com a clientela dependente. Dessa forma, o impacto da doença na família é muito forte e pode envolver alterações de ordem

afetiva, financeira, nas relações de poder e outras variáveis, dependendo do processo de organização familiar.

No estudo realizado por Andrade et al. (2009) foram elucidadas as principais alterações relacionadas ao cotidiano do cuidador familiar, e entre elas, destacam-se: falta do trabalho (40,9%); preocupação com os filhos menores (23,4%); rotina da casa alterada (14,9%) e estresse (7,8%). Em relação aos sentimentos manifestados pelos cuidadores após a ocorrência do AVC, sobressai a tristeza; preocupação, depressão; fé; esperança e perda. Já em relação ao ato de cuidar de um familiar com do AVC mobiliza muitos sentimentos antagônicos em curtos espaços de tempo: amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo e solidão.

De acordo com o estudo acima, Araújo;Pául e Martins(2008) apresentam que numa família, quando um dos indivíduos sofre um AVC toda a dinâmica familiar pode ser alterada pelo grau de dependência que geralmente esta doença acarreta ao paciente acometido. A patologia não compromete somente o indivíduo doente, mas toda a sua família. Assim, cuidar do doente implica cuidar da família. Portanto, no contexto atual em que as políticas de saúde se enquadram, os idosos são cuidados no domicílio porque cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A família tem sido apreciada como um lugar de privilégio de ajuda que permite lidar com situações difíceis ligadas ao cuidar de um familiar idoso.

É perceptível nas falas do fisioterapeuta uma atenção em proporcionar maior independência possível aos pacientes e, conseqüentemente, um alívio aos cuidadores:

(P2) [...]mas só de ele conseguir dá um apoio pra quem tá cuidado dele já é importante, [...]

*(P4) O que eu venho tentando trabalhar com ele, é pra ele ter mais independência e **aliviar um pouco a carga do filho dele** [...]*

*(P5) Na realidade dela, é **ter o mínimo de independência** pra fazer suas transferências, pra que quando ela for ficar de pé **ela possa fazer isso ajudando a outra pessoa**, [...] eu pretendo com ela, é **ela ajudar quem tá ajudando ela** [...]*

De acordo com o enfatizado acima, um estudo de Perlini e Faro(2005) revela que o auxílio na deambulação é referido por 67,6% dos cuidadores como sendo uma das atividades do seu cotidiano. Percebe-se que existem diferentes envolvimento por parte dos cuidadores ao desenvolver essa atividade. Há pacientes que, para se locomoverem, necessitam apenas de amparo em determinadas situações e outros

que dependem constantemente de alguém para movê-los, até mesmo de serem carregados nos braços. Portanto, a partir do momento em que se preconiza ofertar independência ao paciente, algumas atividades funcionais como deambular podem ser aliviadas, uma vez que o indivíduo é mais independente.

Em relação ao envolvimento do cuidador no estímulo e incentivo à prática de exercícios físicos, notou-se que há duas vertentes: uma que estimula e incentiva o paciente, e outra, não tão participativa neste processo. Um estudo aborda que, a realização de exercícios físicos ativos e passivos ou estímulo para que o paciente os realize foi manifestada por 58,8% dos cuidadores, porém alguns mencionaram que os fazem quando têm tempo ou quando lembram. Essas afirmativas podem suscitar várias interpretações. Uma delas é a falta de tempo por parte do cuidador. Considerando que muitos deles, além de cuidarem do seu familiar, trabalham fora e/ou têm filhos e/ou cuidam da casa, ou seja, têm outras atividades no seu cotidiano; a não realização dos exercícios pode ser influenciada verdadeiramente pela falta de tempo. Diante de uma atividade diária exaustiva de trabalho, priorizar o que fazer não é uma tarefa simples (PERLINI; FARO, 2005).

Diante do exposto, uma das formas de ajuda às famílias em seu processo de cuidar é aquela advinda dos profissionais, que incluem orientações básicas à saúde, e sobre cuidados específicos em casos de doenças crônicas degenerativas, suas complicações e sintomas. Porém, há de se ponderar que, muitas vezes, as orientações fornecidas são incoerentes e até impossíveis de serem realizadas no domicílio, em função das condições em que vivem pacientes e familiares. A principal ajuda constitui-se em contribuir para que o paciente e sua família alcancem a independência e possam administrar os cuidados necessários à situação vivida (CREUTZBERG; SANTOS, 2003).

Outra categoria encontrada foi a denominada “Fator motivacional” e no Quadro 4 apresentam-se alguns dos discursos dos fisioterapeutas que justificam sua criação, com relação ao atendimento que realiza aos pacientes pós AVC.

Quadro 4– Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “Fator motivacional”. Ariquemes/RO, 2018.

Categoria	Discursos
	<i>(P1) Força de vontade! Então assim, ele é um paciente que quer</i>

Fator motivacional	<i>melhorar e isso ajuda demais! Então ele se esforça né! Tem limitações e tal, mas ele está sempre se esforçando querendo melhorar e isso é primordial em qualquer paciente, a força de vontade! A força de vontade superar [...]</i>
	<i>(P2) Vejo como potencialidade que ele é esforçado, ele procura realizar as atividades. [...] Ele é um paciente que tem vontade de melhorar, ele era pintor né, e tem vontade de voltar a pintar [...]</i>
	<i>(P3)A potencialidade é a disponibilidade dele, ele é um cara esforçado que realiza a atividade brinca com todo mundo! Mas ele tá disponível, ele tá engajado como o tratamento e isso é o mais o importante e o que a gente espera de todo paciente.</i>
	<i>(P4) É mostrar pra ele, que ele tem condição sim de fazer! Só que é uma tarefa difícil por que ele já idoso e teimoso! [...]</i>
	<i>(P5) [...] a gente vê assim que ela é uma paciente que já tem certo desânimo desmotivação né! Já não tem mais aquela expectativa de vida em querer fazer as coisas [...] Não quer muito mais esforço.</i>
	<i>(P6) [...] alguns medos dele tem ser trabalho para conseguir alcançar esses objetivos. [...] É uma cabeça dura! Uma teimosia! [...] é difícil mudar a mentalidade né [...]</i>
	<i>(P7) É um paciente fácil e tranquilo, ele obedece bem os movimentos, os exercícios [...]</i>
	<i>(P8)[...] É grande a dificuldade no membro superior que não tem função nenhuma.</i>
	<i>(P9) [...] O apoio da família que ela recebe ajuda muito, [...] dão carinho, cuidado, motivação [...] isso ajuda muito né! [...]</i>

Fonte: Autoria própria. Dados resultantes das entrevistas ao fisioterapeuta (2018)

A motivação é o resultado da interação do indivíduo com a situação, podendo ser definida como o processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta. A intensidade refere-se a quanto esforço a pessoa despense na realização de uma tarefa, sendo capaz de levar a resultados favoráveis quando conduzida em uma direção que beneficie a organização; enquanto a persistência é a medida de quanto tempo a pessoa consegue manter seu esforço (SOLER et al., 2004).

Na área da reabilitação, trabalhos como de Soler et al. (2004) têm mostrado preocupação com os aspectos motivacionais, a motivação relacionada com a reabilitação refere-se à possibilidade do envolvimento de uma pessoa com as estratégias que levam a uma determinada mudança, não devendo ser encarada como traço de personalidade, mas sim, como estado de prontidão que pode variar de uma situação para outra. Isto sugere que a motivação pode ser influenciada por fatores externos, devendo tornar-se importante objetivo para o terapeuta (SOLER et al., 2004).

Outro fator relevante ao processo de reabilitação foi descrito no estudo de Costa(2013), onde assinala que a adesão ao processo de reabilitação é influenciada por vários fatores, entre eles estão os fatores cognitivos e emocionais, a falta ou diminuição de motivação, a ausência de percepção da sua necessidade, a desconfiança em relação à obtenção de resultados positivos e a ansiedade inerente a todo o processo terapêutico.

Em corroboração com o estudo acima, Soler et al., (2004) pontua que a baixa motivação é apresentada frequentemente como barreira no contexto de reabilitação e a motivação é considerada como um fator essencial, na medida em que pode aumentar o comprometimento e a adesão do indivíduo ao tratamento. Deste modo, contribuir para uma mais rápida recuperação funcional refere-se ao fato que as lesões neurológicas, mobilidades físicas e psicológicas, ambiente terapêutico e comportamento dos profissionais face ao doente poderão desencadear um comportamento motivado ou desmotivado.

O fator motivacional relacionado especificamente ao AVC pode limitar de modo significativo o desempenho funcional, com resultados negativos nas relações pessoais, familiares, sociais e, sobretudo, na qualidade de vida. Essa limitação, entretanto, nem sempre se deve ao *déficit* neurológico em si, pois complicações psiquiátricas têm sido indicadas como fatores determinantes da incapacitação do paciente após o AVC, podendo em alguns casos, serem fatores desencadeadores de depressão pós-AVC (TERRONI et al., 2003).

A motivação é vista como um processo responsável pela direção, intensidade e persistência dos esforços do indivíduo para alcançar as metas a que se propõe, ou seja, possui ligação direta com processo de reabilitação fisioterapêutica que o paciente é submetido (COSTA, 2013).

De acordo com o estudo acima, Soler et al. (2004) evidencia que a relação terapeuta-paciente influencia a motivação, em vários níveis. Para o sucesso do tratamento, o terapeuta deve ser capaz de motivá-lo e este deve estar receptivo aos esforços do mesmo. O programa terapêutico deve ser desenvolvido ao redor de atividades significativas para que o indivíduo se sinta motivado durante a terapia. É essencial que o terapeuta considere as metas do paciente na elaboração do planejamento terapêutico. Assim, faz-se importante também a abordagem dos aspectos motivacionais na formação dos profissionais da área.

A última categoria a ser explorada foi 'tempo', exposta no Quadro 5.

Quadro 5– Distribuição dos discursos correspondentes do fisioterapeuta com relação ao atendimento dos participantes do estudo, na categoria “Tempo”. Ariquemes/RO, 2018.

Categoria	Discursos
Tempo	<i>(P1) A idade dele já tá bem avançada né! E é o segundo AVC dele [...]</i>
	<i>(P2)[...] É um paciente com lesão antiga [...] devido à lesão de ele ter sido grande e á ser um pouco antiga [...]</i>
	<i>(P3) É uma fisioterapia um pouco diferenciada pela questão da idade [...] A dificuldade dele é a idade [...]</i>
	<i>(P4) [...] é outro caso de lesão muito antiga, ele já é um paciente idoso de 80 anos, [...] Ele é um idoso e teimoso! [...]</i>
	<i>(P5) Ela já teve m AVC há um bom tempo há trás, [...] eu tenho uma dificuldade com ela, principalmente pelo tempo de lesão, pela idade, [...] demorou muito pra mim fazer a fisioterapia nela [...]</i>
	<i>(P6) [...] o tempo de lesão e a idade dele [...]</i>
	<i>(P7) [...] já é um paciente idoso, [...] ele é um paciente idoso que tem algumas alterações posturais. [...] A principal dificuldade é que ele já é mais idoso, ele também toma vários remédios, e às vezes a pessoa idosa é mais teimosa [...]</i>
	<i>(P8)[...] Infelizmente ela já chegou aqui na fisioterapia na fase hipertônica, a gente perdeu a fase hipotônica [...]</i>
	<i>(P9)[...] Pela idade, ela tem outras comorbidades, artrose, hipertensão, osteoporose [...]</i>

Fonte: Autoria própria. Dados resultantes das entrevistas ao fisioterapeuta (2018)

Evidenciou-se nos discursos do profissional entrevistado que o tempo seja referente ao tempo de idade, de lesão e o período que o paciente inicia a fisioterapia são fatores determinantes no processo de tratamento fisioterapêutico, assim, o tempo em que o paciente chega ao Centro de Reabilitação para começar seu atendimento tem lugar nos discursos do fisioterapeuta:

(P5) Ela já teve m AVC há um bom tempo atrás, [...] eu tenho uma dificuldade com ela, principalmente pelo tempo de lesão, pela idade, [...] demorou muito pra mim fazer a fisioterapia nela [...]
(P8) [...] Infelizmente ela já chegou aqui na fisioterapia na fase hipertônica, a gente perdeu a fase hipotônica [...]

O fator tempo relacionado ao período que o paciente inicia o processo de reabilitação corroboram com estudo de Trevisan et al. (2015), onde apontaram que o início atrasado da reabilitação pode causar menor recuperação funcional e aumento no número de complicações, como dor no ombro e espasticidade do membro superior. Por outro lado, outro estudo demonstrou que pacientes admitidos na reabilitação, dentro dos primeiros 30 dias do evento, apresentaram mais ganho

funcional e duração mais curta de permanência no hospital, comparados aos que não realizaram nesse mesmo tempo.

Portanto, frente ao exposto, a avaliação e identificação dos *déficits* e incapacidades na fase aguda do AVC devem começar desde a fase de internação hospitalar. Nesse sentido, uma reabilitação efetiva iniciada precocemente após o AVC pode aumentar os processos de recuperação e minimizar incapacidades funcionais, reduzindo os potenciais custos com cuidados em longo prazo, contribuindo para a melhora da satisfação do paciente (ROSA; MORAES; TREVISAN, 2015).

Perlini e Faro (2005) também salientam que programas de reabilitação têm contribuído expressivamente para diminuir os danos causados pela doença; porém, para que o êxito seja alcançado, é fundamental que se inicie, o mais cedo possível, medidas de reabilitação como forma de garantir uma recuperação eficaz. A reabilitação deve ser iniciada assim que o quadro clínico estabilizar.

No discurso sobre o P8: [...] Infelizmente ela já chegou aqui na fisioterapia na **fase hipertônica, a gente perdeu a fase hipotônica** [...] reitera-se o que está descrito na literatura sobre o tempo de evolução das fases do AVE. Estudo de Santos et al. (2011) delinea que a fase da hipotonia, usualmente, está imediatamente presente após o AVC, tendo duração breve. Muito raramente, a hipotonia pode persistir indefinidamente, sendo assim, é nesta fase que a fisioterapia necessita ser intensificada, a fim de evitar complicações maiores quando a hipertônica se estabelecer.

Em relação ao tempo – idade do paciente, os discursos abordam:

(P1) **A idade dele já tá bem avançada né!** E é o segundo AVC dele [...]

P3) É uma fisioterapia um pouco diferenciada pela **questão da idade** [...] **A dificuldade dele é a idade** [...]

(P4) [...] é outro caso de lesão muito antiga, ele já é um **paciente idoso de 80 anos**, [...]

P7) [...] já é um **paciente idoso**, [...] **ele é um paciente idoso** que tem algumas alterações posturais. [...] A principal dificuldade é que ele já é mais idoso, ele também toma vários remédios, e às vezes a pessoa idosa é mais teimosa [...]

Considerando a idade dos pacientes, o evento vascular ocorre maior evidência na faixa etária de 70 a 90 anos, sendo a média de idade de 71,8 anos (ROSA; MORAES; TREVISAN, 2015). Nesse cenário, são perceptíveis nos discursos do fisioterapeuta entrevistado no presente estudo, algumas dificuldades encontradas

quanto à idade do paciente, e tal fato também está presente no estudo de Araújo; Pául e Martins (2008), uma vez que o envelhecimento da população é um acontecimento universal e o AVC uma doença cuja prevalência tem crescido, devido ao envelhecimento da população.

Cabe salientar que os idosos apresentam, com muita frequência, a capacidade funcional diminuída, diminuição cognitiva e/ou sensitiva necessitando de ajuda para cuidar de si própria. Portanto, principalmente esses comprometimentos cognitivos é o que pode dificultar a compreensão e aceitação dos pacientes quanto às orientações e atividades de reabilitação propostas pelo profissional fisioterapeuta com relação a restabelecer sua capacidade funcional, após o evento de AVC.

Convém ressaltar que os resultados e discussão desta categoria fazem contrapontos com os dados quantitativos, visto que o mesmo apresentou pequeno percentual no que concerne as relações de interação e relacionamentos interpessoais, nos resultados quantitativos este item teve um percentual baixo, entretanto, nota-se na análise qualitativa que o fisioterapeuta se preocupa e tem um olhar atento a estes fatores.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a funcionalidade na condição do paciente pós-acidente vascular encefálico engloba vários aspectos, entre eles: aspectos motores, sensoriais, perceptivos e cognitivos; cabendo ressaltar que estes fatores estão diretamente relacionados ao tipo de AVE, sequelas após o evento, tempo de lesão, idade, fator motivacionale cuidado e/ou atenção do familiar a este paciente. A hipótese levantada no estudo foi ratificada ao constatar que a funcionalidade do paciente pós AVE é prioridade para o profissional fisioterapeuta que atende no Centro de Reabilitação Belmira Araújo, em Ariquemes-RO.

Face ao exposto, cabe ao fisioterapeuta, que é um profissional capacitado de conhecimentos e habilidades teórico-práticas, reinserir este paciente em seu âmbito social, procurando ofertar o máximo de independência funcional para a realização de suas atividades; concebendo funcionalidade como a capacidade que o paciente possui em realizar de forma autônoma o que lhe compete quando se trata de atividades de vida diária.

Os instrumentos utilizados para o estudo permitiram compreender que o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-AVE, considerando a funcionalidade foi aplicado, evidenciada nas avaliações e nos atendimentos por meio das condutas funcionais, procurando utilizar e aprimorar as habilidades funcionais preservadas, a fim de que estas proporcionassem a recuperação de debilidades funcionais que se instalaram, decorrentes das sequelas adquiridas pelo paciente.

Ainda sobre os instrumentos, em um primeiro momento não foram considerados os fatores contextuais da CIF, pois acreditava-se que os mesmos não corresponderiam ao foco da pesquisa, entretanto, após a análise qualitativa, os mesmos foram se tornando evidentes sendo, portanto, algo a ser considerado, assim, foi acrescentado no produto deste estudo.

A funcionalidade, em alguns casos, não foi explorada ao máximo devido algumas questões como a idade avançada do paciente; o cuidador que por algum motivo não se envolvia no processo de reabilitação -dado que segundo as falas do fisioterapeuta é importante que os cuidadores estimulem os pacientes a realizarem atividades em casa; os fatores motivacionais; e as sequelas graves já instaladas devido ao paciente iniciar a fisioterapia tardiamente.

Considera-se ainda que foi possível conhecer as potencialidades e dificuldades enfrentadas em/para atendimentos fisioterapêuticos, no Centro de Reabilitação do município onde se realizou o estudo, ressaltando-se que como potencialidades do serviço o fisioterapeuta contratado tem formação na especialidade da fisioterapia neurofuncional, e exerce a reabilitação exclusiva do paciente neurológico adulto, possibilitando ao profissional em questão explorar ao máximo as atividades funcionais durante a reabilitação, ainda que o caso do paciente seja delicado; outra potencialidade bem presente na fala do fisioterapeuta é a presença da motivação com a qual o paciente chega para realizar a fisioterapia.

Quanto às dificuldades encontradas no processo de tratamento fisioterapêutico, se apresentaram de diversas origens: naturais, de ordem pessoal, social e relativas ao acometimento pelo AVE, assim, defende-se criar estratégias de sensibilização para posterior conscientização dos sujeitos envolvidos no cenário de tratamento fisioterapêutico, buscando reintegrar o indivíduo na sociedade, com maior funcionalidade possível.

No processo de realização da pesquisa evidenciou-se a dificuldade de registro dos atendimentos pelo fisioterapeuta, pois não há no serviço um padrão/prontuário para cadastrar a evolução dos pacientes – fato que dificulta a análise sistematizada do acompanhamento do tratamento e impede que dados sejam gerados na direção de produzir indicadores que respaldem a solicitação de recursos: sejam de infraestrutura, equipamentos e profissionais visando a assistência fisioterapêutica ideal ao paciente acometido pelo AVE, atendido no Centro de Reabilitação Belmira Araújo.

Sugerem-se outros estudos com maior número de serviços de reabilitação e profissionais fisioterapeutas, considerando a funcionalidade no tratamento fisioterapêutico pós AVE, pois na presente pesquisa constatou-se que este evento cerebrovascular vem se apresentando como um problema de saúde pública que necessita de olhar atento dos governantes e também de cada indivíduo, pois para além da assistência curativa e de reabilitação, se faz necessária a conscientização da população quanto aos aspectos da promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de programas de educação em saúde que possam fomentar estratégias para o alcance de hábitos de vida mais saudáveis, evitando e/ou minimizando a exposição aos fatores de risco para a ocorrência da doença cardiovascular.

REFERÊNCIAS

ALBANO, L. et al. Intervenção da fisioterapia em indivíduos após AVC em condição crônica. In: Congresso Português do AVC. **Anais do Congresso Português do AVC Sociedade Portuguesa de Neurologia**. Sociedade Portuguesa de Neurologia, Lisboa, 2013.

ALBUQUERQUE, Camila Pontes; et al. Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico. **Revista Acta Fisiatra**, São Paulo, v. 18, n.2, p. 71-74, 2011.

ALVAREZ, Rafaela Baggi; PIRES, Eugênia Rodrigues; CARAMÊZ Rita. Acidente Vascular Encefálico. **Revista Unilus Ensino e Pesquisa**, Santos-SP, v.11, n. 25, p. 88-89, 2014.

ANDRADE, Luciene Miranda et al. A problemática do cuidador familiar do com de acidente vascular cerebral. **Revista Escola Enfermagem USP**. Fortaleza – CE, v. 43, n.1, p. 37 – 43, 2009.

ANTÃO, Patrícia Susana Martins. **Exercício físico após AVC**. 2018. 52p. Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde. Bragança, 2018.

ARAÚJO, Izabel Maria; Paúl, Constança; MARTINS, Maria Manuela. Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC. Do hospital à comunidade – Um desafio. **Revista Referência**, v. 2, n. 7, p. 43-53, 2008.

ARAÚJO, Jéssica Pizzato et al. Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os Anos de 2005 a 2015. **Revista Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, Santa Catarina, v. 31, n. 1, p, 56-62, 2018.

ARAÚJO, Layse Pereira Gonçalves et al. Principais Fatores de Risco para o Acidente Vascular Encefálico e Suas Consequências: Uma Revisão de Literatura. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, Rio de Janeiro – RJ, v.1, n. 3, p. 283-296, 2017.

ARIQUEMES. Prefeitura Municipal de Ariquemes. **Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é Inaugurada em Ariquemes**. Disponível em:

<<http://ariquemes.ro.gov.br/pma-portal/public/noticias/saude/unidade-de-pronto-atendimento-upa-e-inaugurada-em-ariquemes>>. Acesso em 05/04/2018.

BORELLA, Marcella de Pinho; SACCHELLI, Tatiana. Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 161-9, 2009.

BOTELHO, T. S. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Revista Temas em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 361-77, 2016.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72p.

CHAVES, Márcia L. F. Acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 7, n. 4, pág. 372-380, Porto Alegre- RS, 2000.

CORAIS. Plataforma de projetos colaborativos. **Observação Sistemática, 2016**. Disponível em:< <http://www.corais.org/node/113>>. Acesso em 26/03/2018.

CORREIA, Andreza de Cássia Souza et al. Crioterapia e Cinesioterapia no Membro Superior espástico no Acidente Vascular Cerebral. **Revista Fisioterapia Movimento**, Curitiba-PR, v. 23, n. 4, p. 555-563, 2010.

CORREIA, Jefferson Nery. Avaliação do risco de acidente vascular cerebral em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Ciência et Praxis**, v. 4, n. 07, p. 21-26, Paraná, 2017.

COSTA, Helena Maria Branquinho Tavares. **Fatores relevantes na adesão ao processo de reabilitação**. 2013. 38p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Departamento de Educação, Mestrado em Psicologia. Universidade de Aveiro, 2013.

COSTA, João Henrique Cordeiro. **AVC e diabetes mellitus: o perfil dos doentes e do AVC**. 2009. 70p. Dissertação (Mestrado em Medicina), Departamento Integrado em Medicina, Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior, 2013.

CREUTZBERG, Marion; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v.56, n. 6, p. 624-633, nov./dez. 2003.

CRUZ, Keila Cristianne Trindade; DIOGO, Maria José. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Revista Acta Paul Enferm**, Campinas – São Paulo, v, 22, n. 5, p. 666-672, 2009.

DUCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n [s/n], p. 126-34, 2012.

ESTEVES, Mário Jorge Ribeiro da Silva. **Efeito combinado do exercício aeróbico e de programas de reabilitação neurológica em regime ambulatorio e domiciliário na prevenção secundária de AVC, na aptidão funcional e na qualidade de vida**. 2013. 159p. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto), Faculdade de Desporto. Porto, 2013.

FAGUNDES, Jennifer Souza et al. Instrumentos de avaliação sensorial pós-acidente vascular encefálico (AVE) descritos em português: uma revisão sistemática. **Revista Fisioterapia Pesquisa**, Florianópolis – Santa Catarina, v. 22, n.4, p 435- 442, 2015.

FERNANDES, Filipa; SANTOS, Fátima. Evolução motora e funcional de doentes com AVC nos primeiros três meses após a alta-hospitalar. **Revista da faculdade de ciências da saúde**, n.7, p.426-438, Portugal, 2010.

FERREIRA, Francisco Cardoso et al. Análise da qualidade e vida em pacientes sequelados de acidente vascular encefálico (AVE) na clínica escola integrada da Faculdade Santa Maria. **Enciclopédia biosfera**, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v. 7, n. 13, p. 1361, 2011.

FIGUEIREDO, Ronny Michel da Silva; MEJIA, Dayana Priscilla. **Atuação do fisioterapeuta no paciente AVE no ambiente familiar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Fisioterapia Hospitalar), FASAM, 2014.

FILIPPO, Thais Raquel Martins et al. Neuroplasticidade e recuperação funcional na reabilitação pós-acidente vascular encefálico. **Revista Acta Fisiatra**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-96, 2015.

FREITAS, Gabriel Duarte. Reabilitação neurofuncional em um paciente com hemiplegia espástica com sequela de AVC. Estudo de caso. **Revista Digital EFDeportes**, Buenos Aires, v.[?], n. 155, p. 1-7, 2011.

FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa *survey*. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-112, 2000.

GAGLIARDI, Rubens José. Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura? **Revista Neurociência**, São Paulo, v. 2, n. 18, p. 131-132, 2010.

GIL, AntonioCarlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207p.

GOUVÊA, Daniele et al. Acidente Vascular Encefálico: uma revisão da Literatura. **Revista Científica Multidisciplinar da Faculdade São José**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.02-06, 2015.

GRAÇA, Sandra Sofia Viana da Costa. **Mobilização precoce no doente pós AVC, uma revisão sistemática da literatura**. 2015. 71p. Dissertação, Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança, 2012.

HENN, Guilherme et al. **Doenças Cerebrovascular (DCV)**. Curso de especialização em Saúde da Pessoa Idosa, 2017. Disponível em:<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/9658/texto_Impresso_o_Unidade_04_Modulo-VIII_Principais_Agravos-de_saude_Idoso.pdf?sequence=1>. Acesso em 09/04/2018.

JAKAITIS, Fabio; et al. Atuação da fisioterapia aquática no condicionamento físico do paciente com AVC. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 20, n.2, p. 204-209, 2012.

JÚNIOR, José Evaldo Gonçalves Lopes et al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrado na Estratégia de Saúde Família. **Revista Fisioterapia S Fun**, Fortaleza, v, 2, n.1, pág. 21-27, 2013.

JÚNIOR, Salomão Lustosa Arrais; LIMA, Aniclécio Mendes; SILVA, Thiago Gomes. Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico. **Revista Interdisciplinar**. Teresina - PI, v. 9, n. 3, p. 179-184, Jul.Agos. Set 2016.

KEYVANI, K.; SCHALLERT, T. Plasticity associated molecular and structural events in postlesional brain. **J Neuropathol Exp Neurol**, Texas, v.6, p. 831-840, 2002.

LAVOR, Ícaro Guedes; AGRA, Glenda; NEPOMUCENO, Cléber Moreira. Perfil dos casos de acidente vascular cerebral registrados em uma instituição pública de saúde em Campina Grande – PB. **Revista Tema**, Campina Grande, v. 12, n.1, pág. 1- 12, 2011.

LEHFELD, Neide Aparecida de Souza; JÚNIOR, Salomão Lustosa Arrais; LIMA, Aniclécio Mendes; SILVA, Thiago Gomes. **A prática da pesquisa e a construção do conhecimento**. Franca: UNESP, 2016.

LEITÃO, Amélia. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2004.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, s.p., oct./dec. 2004.

LINDBERG, P.; SCHIMITZ, C.; FORSSBERG, H.; ENGARDT, M.; BORG, J. Effect of passive-active movement training on upper limb motor function and cortical activation in chronic patients with stroke: a pilot study. **J Rehabil Med**, Austrália. v.36, p.117-123, 2004.

LOTUFO, Paulo Andrade; BENSENOR, Isabela Judith Martins. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1201-1204, São Paulo, 2013.

LUCENA, Eleazar Marinho de Freitas; et al. A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação. **Revista Acta Fisiatra**, João Pessoa, v. 18, n. 3, p. 112-118, 2011.

MOVIMENTO. **Reabilitação Neurofuncional do paciente com Acidente Vascular Cerebral – AVC**, 2016. Disponível em: < <http://fisioterapia.com/reabilitacao-neurofuncional-do-paciente-com-acidente-vascular-cerebral-avc/> > Acesso em 10 de fevereiro de 2018.

NUNES, Sara; PEREIRA, Carla; GOMES DA SILVA, Madalena. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. **EssFisiOnline**, 2005.

O'SULLIVAN, Susan B; SCHMITZ Thomas J. **Fisioterapia avaliação e tratamento**. Barueri: Manole, 2010.

OLIVEIRA, Ana Irene Costa; SILVEIRA, Katyana Rocha Mendes da. Utilização da CIF em paciente com sequelas de AVC. **Revista de Neurociência**. São Paulo, v.19, n.4, p.653-662, 2011.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira. **Metodologia científica**: um manual para realização de pesquisas em administração. Universidade Federal de Goiás. 2011, 72 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- PAHO. **Doenças Transmissíveis e Não – Transmissíveis**: Conceito, 2016. Disponível em:<<https://www.paho.org/bra/>>. Acesso em 26/03/2018.

PEREIRA, Amanda F. et al. Terapia espelho na reabilitação do membro superior parético – relato de caso. **Revista Neurociências**. São Paulo, v. 21, n.4, p. 587-592, 2013.

PEREIRA, Silvio Roberto de Sousa et al. Acidente vascular encefálico em adultos jovens: análise de 44 casos. **Revista Medicina Minas Gerais**. Minas Gerais, v. 20, n.4, p. 514-518, 2010.

PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; FARO, Ana Cristina Mancussi. Cuidar de pessoa incapacidade por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidado familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n. 2, p.154-63, 2005.

PIASSAROLI, Cláudia de Araújo de Paula, et al. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 128-137, 2012.

POMPEU, Sandra Maria Alvarenga Anti et al. Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós-acidente vascular cerebral. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 19, n.4, p. 614-620, 2011.

ROSA, Tábata Samantha; MORAES, Anaelena Bragança; TREVISAN, Maria Eliane. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados por acidente vascular cerebral. **Revista Neurociências**, Santa Maria, v. 23, n. 3, p. 405-412, 2015.

SANTOS, Alice de Andrade Santos; et al. Acolhimento com classificação de risco do idoso com suspeita de doença cerebrovascular. **Revista Investigação Qualitativa em Saúde**. Bahia, v.2, n [s/n], p.529-538, 2017.

SANTOS, Daniel Gonçalves et al. Avaliação da mobilidade funcional do paciente com sequela de AVC após tratamento na piscina terapêutica, utilizado o teste TimedUpandGo. **Revista do Hospital Israelita Albert Einstein**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 302-6, 2011.

SANTOS, Willames Macedo et al. Perfil epidemiológico dos pacientes sequelados de acidente vascular cerebral: um estudo transversal. **Revista Enciclopédia biosfera do centro científico conhecer**, v.8, n.15, pág. 1997, Goiânia, 2012.

SILVA, Alanna Severino; LIMA, Alisson Padilha; CARDOSO, Fabrício Bruno. A relação benéfica entre o exercício físico e a fisiopatologia do acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 8, n.43, p. 88-89, jan/fev, 2014.

SILVA, Diana Célia; NASCIMENTO, Carla Ferreira; BRITO, Eliana Sales. Efeitos da mobilização precoce nas complicações clínicas pós AVC: Revisão da literatura. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v.21, n.4, p.620-627, 2013.

SILVA, Emanuel de Jesus Alves. **Reabilitação após o AVC**. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, 2010.

SILVA, Miguel Ângelo da Costa. **O AVC e o gênero** – perfil do doente cm AVC e eventuais diferenças e semelhanças entre os sexos. 2012. 34p. Dissertação (Mestrado em Medicina), Departamento de Medicina Integrado, Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior. 2012.

SILVA, Paulo Sérgio Brazile. **Fortalecimento na terapia orientada á tarefa na função do membro superior em indivíduos com hemiparesia crônica: Ensaio clínico randomizado**. Dissertação de pós-graduação em Ciências da Reabilitação. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 2013.

SILVA, T. I. et al. **Benefícios da fisioterapia no tratamento de um paciente com AVC**: relato de caso. SBPCNET, 2014. Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/pernambuco/Poster-PDF/24_beneficiostrat.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. SBDCV.

Acidente Vascular Cerebral, 2018. Disponível em:

<http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp>. Acesso em 01/03/2018.

SOLER, Ana Paola SarpiChiodo et al. Motivação e humanização: fatores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação. **Caderno de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 4, n.1, p. 13-24, 2004.

SORIANO, Filipe Ferreira S.; BARALDI, Karen. Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. **Revista ConscienteSaúde**. São Paulo –SP, v. 9, n. 3, p. 521-530, 2010.

SUMMERS, J. J.; KAGERER, F. A.; GARRY, M. I.; HIRAGA, C. Y.; LOFTUS, A.; CAURAUGH, J. H. Bilateral and unilateral movement training on upper limb function in chronic stroke patients: a TMS study. **J NeurolSci**, Texas, v. 252, p. 76-82, 2007.

TELES, Mayara dos Santos; GUSMÃO, Cristiane. Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. **Revista Neurociência**. Vitória da Conquista- BA, v. 20, n. 1, p. 42-49, 2012.

TERRONI, Luisa de Marillac Niro et al. Depressão pós-avc: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.49, n.4, p, 450-459, 2003.

TREVISAN, Cláudia Morais et al. Aspectos clínicos relevantes de pacientes com acidente vascular cerebral na emergência hospitalar: implicações para o serviço de saúde. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v.14, n. 2, p. 171-176, 2015.

UTIDA, Karina Ayumi; BATISTON, Adriane Pires; SOUZA, Laís Alves. Nível de independência funcional de paciente após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação. **Revista Acta Fisiatra**. Campo Grande-MS, v. 23, n. 3, p 107-112, 2016.

VIEIRA, Daiana Cristina DESSUY et al. Reabilitação de acidente vascular encefálico: revisão de literatura. **Revista Atenção Saúde**. Rio Grande do Sul – RS, v. 15, n. 52, p. 89-95, 2017.

ANEXO 1

Instrumento 1

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA: Adaptado de LEITÃO, Amélia (Tradução e revisão). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Lisboa: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2004.

A) Funções do Corpo

1. Funções mentais () sim () não
2. Funções sensoriais e dor () sim () não
3. Funções da voz e da fala () sim () não
4. Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório () sim () não
5. Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino () sim () não
6. Funções genitourinárias e reprodutivas () sim () não
7. Funções neuro-musculoesqueléticas relacionadas com o movimento () sim () não
8. Funções da pele e estruturas relacionadas () sim () não

B) Estruturas do Corpo

1. Estruturas do sistema nervoso () sim () não
2. Olho, ouvido e estruturas relacionadas () sim () não
3. Estruturas relacionadas com a voz e fala () sim () não
4. Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório () sim () não
5. Estruturas relacionadas com aparelho digestivo e com sistemas metabólico e endócrino () sim () não
6. Estruturas relacionadas genitourinárias e reprodutivas () sim () não
7. Estruturas relacionadas com o movimento () sim () não
8. Pele e estruturas relacionadas () sim () não

C) Atividades e Participação

1. Aprendizagem e aplicação do conhecimento () sim () não
2. Tarefas e exigências gerais () sim () não

3. Comunicação () sim () não
4. Mobilidade () sim () não
5. Auto cuidados () sim () não
6. Vida doméstica () sim () não
7. Interações e relacionamentos interpessoais () sim () não
8. Áreas principais da vida () sim () não
9. Vida comunitária, social e cívica () sim () não

ANEXO 2

Instrumento 2

DIRETRIZES DE ATENÇÃO À REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. Adaptado de 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**

PARALISIA FACIAL x CONDUTAS RECOMENDADAS

Paralisia Facial do tipo: Nuclear (Fase flácida)	Intervenção Preconizada
	<input type="checkbox"/> Compressa fria: na hemiface e no músculo desejado; <input type="checkbox"/> Batidas com as pontas dos dedos; <input type="checkbox"/> Exercícios miofuncionais isométricos, com associação de massagem (manual, lenta e profunda) indutora no sentido do movimento; <input type="checkbox"/> Uso de <i>feedback</i> visual; <input type="checkbox"/> Realização de exercícios com ativação cortical.
Paralisia Facial do tipo: Nuclear (Fase de recuperação de movimentos)	<input type="checkbox"/> Exercícios miofuncionais isotônicos; <input type="checkbox"/> Realização de contração com contra resistência; <input type="checkbox"/> Uso de <i>feedback</i> visual; <input type="checkbox"/> Conscientização; <input type="checkbox"/> Realização de exercícios com ativação cortical.
Paralisia Facial do tipo: Sequelas (Contraturas e sincinesias)	<input type="checkbox"/> Liberação do movimento: estratégias de relaxamento e alongamento, associadas à dissociação; <input type="checkbox"/> Exercícios miofuncionais isotônicos; <input type="checkbox"/> Exercícios miofuncionais isotônicos com dissociação de movimentos; <input type="checkbox"/> Uso de calor úmido; <input type="checkbox"/> Estimulação do controle voluntário; <input type="checkbox"/> Uso de <i>feedback</i> : eletromiografia, espelho, terapeuta.

FRAQUEZA MUSCULAR X CONDUTAS RECOMENDADAS

Intervenção Preconizada
<input type="checkbox"/> Exercícios de fortalecimento muscular progressivo <input type="checkbox"/> Eletroestimulação associada ao treino de tarefas funcionais

DÉFICITS DE SENSIBILIDADE X CONDUTAS RECOMENDADAS

Intervenção Preconizada
<input type="checkbox"/> Tocar o membro superior do ombro até a mão; <input type="checkbox"/> Favorecer a discriminação de objetos com a mão afetada; <input type="checkbox"/> Estimular o reconhecimento da posição de partes do corpo no espaço, sem auxílio da visão; <input type="checkbox"/> Identificar diferentes movimentos e suas direções no espaço, sem auxílio da visão; <input type="checkbox"/> Identificar desenhos com a ponta dos dedos, com os olhos fechados; <input type="checkbox"/> Estimular sensibilidade da face com diferentes texturas e temperaturas. <input type="checkbox"/> Identificar e integrar os objetos do cotidiano pelas suas propriedades sensoriais. Por exemplo: olfato, visão, tato, paladar, audição; ensinar estratégias compensatórias ao déficit de sensibilidade: <input type="checkbox"/> Usar a visão para identificar situações de risco; <input type="checkbox"/> Ajustar a abertura da mão para pegar objetos com diferentes funções; <input type="checkbox"/> Discriminar objetos pelas suas texturas ou peso diferenciados; <input type="checkbox"/> Discriminar pesos diferenciados nos objetos;

- () Proporcionar a descarga de peso corporal no hemicorpo afetado;
 () Discriminar sabores e odores.

ALTERAÇÕES VISUAIS X CONDUTAS RECOMENDADAS

ALTERAÇÕES VISUAIS	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
Perda de visão central	() Lupas para aumentar o tamanho do que está sendo visto, óculos antirreflexo ou sobreposições para reduzir o contraste excessivo de imagens e brilho.
Perda de campo visual	() Aumento do campo de visão com auxílios ópticos e desenvolvimento de estratégias compensatórias, comumente utilizadas para melhorar a consciência da perda de campo visual e tratamento restaurador visual.
Problemas com movimentos Oculares	() Exercícios podem melhorar os movimentos dos olhos; um tampão pode ser usado para eliminar a visão dupla.
Problemas de processamento visual	() Para casos de incapacidade de reconhecer cores, rostos, objetos, cenas complexas ou de texto, é importante o uso de estratégias adaptativas, tais como a utilização de outros sentidos (por exemplo, toque ou audição) para processar a informação de uma maneira diferente e reaprender ou adaptar o reconhecimento visual.

LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES MOTORAS E FUNCIONAIS X CONDUTAS RECOMENDADAS

Limitação	Intervenção Preconizada
Dificuldade em manter-se Sentado	() Prática de exercícios de alcance de objetos (em todas as direções) além do comprimento do braço, com supervisão ou assistência de outra pessoa, se necessário; () Adequação da postura sentada para favorecer o alinhamento corporal.
Dificuldade em passar de sentado para de pé	() Posicionamento dos pés atrás da linha dos joelhos; () Altura do assento deve ser elevada quanto menor o grau de força muscular dos membros inferiores; () O movimento deve iniciar com o tronco em posição vertical; () Oscilar o tronco superior à frente, empurrar os pés para baixo e levantar-se; () Solicitar aumento da velocidade do movimento (caso esteja muito lento); () Solicitar direcionamento do olhar ao nível da linha do horizonte; () Solicitar que o paciente segure o membro superior plégico pelo punho, a fim de reduzir o peso do braço durante a troca de postura.
Dificuldade de manter-se na posição ortostática	() Exercícios que envolvam a distribuição de peso nos membros inferiores com deslocamentos do centro de massa corporal; () Movimentos da cabeça para cima e para os lados; () Movimentos de rotação de tronco (girar para olhar sobre os ombros); () Alcance de objetos à frente, lateralmente, posteriormente, acima e abaixo. Progressão da dificuldade das tarefas;

	<input type="checkbox"/> Mudar a base de suporte (pés juntos, um pé à frente do outro, um pé no degrau); <input type="checkbox"/> Aumentar o peso e a distância dos objetos; <input type="checkbox"/> Aumentar o tamanho dos objetos, para que se possa utilizar ambas as mãos para o alcance; <input type="checkbox"/> Aumentar a demanda de velocidade.
Dificuldade para deambular	<input type="checkbox"/> Prática específica e repetitiva da marcha ou de seus componentes. Além do treino convencional; <input type="checkbox"/> Pista de visual; <input type="checkbox"/> Marcha assistida; <input type="checkbox"/> <i>Biofeedback</i> ; <input type="checkbox"/> Suporte de peso corporal; <input type="checkbox"/> Órteses de tornozelo-pé para deformidades do pé e/ou dispositivos de auxílio, quando necessário.
Dificuldade com habilidades manuais (alcance, preensão, manipulação e soltar)	<input type="checkbox"/> Terapia por Contensão Induzida; <input type="checkbox"/> Treinamento repetitivo específico à tarefa; <input type="checkbox"/> Treinamento assistido; <input type="checkbox"/> Prática mental; <input type="checkbox"/> Uso de <i>Biofeedback</i> ; <input type="checkbox"/> Estimulação elétrica; <input type="checkbox"/> Terapia do espelho; <input type="checkbox"/> Graduar a velocidade para alcance em diferentes direções; <input type="checkbox"/> Graduar a abertura da mão em relação ao objeto algo da preensão; <input type="checkbox"/> Ensinar o soltar objetos: arrancando-os da mão com auxílio do membro superior não afetado; soltar por tenodese; soltar com auxílio de suportes externos; soltar desenrolando o objeto da mão com ajuda do membro superior não afetado e soltar ativo; <input type="checkbox"/> Utilizar objetos de diferentes pesos, formas, tamanhos, temperaturas, texturas, funções diversas; <input type="checkbox"/> Realizar atividades com o membro superior tanto unilateral quanto bilateral, nos diferentes planos e eixos de movimento; <input type="checkbox"/> Estimular a visualização da mão em atividade; <input type="checkbox"/> Ensinar estratégias compensatórias para uso do membro superior afetado como auxiliar em funções, quando indicado.

LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA X CONDUTAS RECOMENDADAS

Limitações nas atividades de vida diária	Intervenção Preconizada
Alimentação	<input type="checkbox"/> Posicionar o paciente em diagonal em relação à mesa, fornecendo maior suporte para o membro superior parético/plégico – se necessário, colocar um antiderrapante debaixo do lado afetado, a fim de mantê-lo sobre a mesa durante a refeição; <input type="checkbox"/> Incentivar o uso dos membros superiores para segurar o copo, tendo o membro parético/plégico como apoio durante essa função; <input type="checkbox"/> Incentivar a utilização do membro superior parético/plégico, como auxiliar todas as tarefas da alimentação, tais como cortar alimentos, passar manteiga ou margarina no pão, beber de um copo com líquidos, servir-se de alimentos, dentre outras atividades; <input type="checkbox"/> Tecnologia Assistiva: engrossadores para talheres, faca em báculo ou faca para cortar pizza, tábua de madeira com pinos para cortar alimentos; copos com alça dupla, copos

	com recorte para auxiliar na ingestão de líquidos; pratos fundos e com borda facilitam a alimentação.
Banho	<p>() Incentivar o uso do membro superior parético/plégico para a higiene básica do corpo;</p> <p>() Direcionar o membro parético/plégico com o auxílio do membro não parético/plégico na tarefa de ensaboar e enxaguar todo o corpo;</p> <p>() Na postura sentada, cruzar as pernas para facilitar a higiene dos membros inferiores;</p> <p>() Inclinar o tronco para frente, a fim de facilitar a higiene nos membros superiores;</p> <p>() Tecnologia Assistiva: uso de ventosas de dupla face para fixar o sabonete na parede, sabonete líquido com ejeção à base de pressão; uso de bucha com encaixe na mão afetada para auxiliar na higiene corporal; utilização de escova com cabo alongado para alcançar partes do corpo como costas e membros inferiores. A utilização de cadeira de banho pode facilitar e favorecer maior segurança durante essa atividade. Os cantos das paredes do banheiro e barras instaladas na horizontal ou vertical podem ser utilizados como referência durante a higiene; antiderrapantes no piso evitam riscos de queda e fornecem maior segurança. Prolongar a ducha pode incentivar a pessoa a enxaguar com maior eficiência as partes do corpo. Toalhas com alça também facilitam o enxugar-se.</p>
Higiene elementar	<p>() Posicionar o membro superior parético/plégico sobre o lavatório e incentivar o máximo uso, quer seja como apoio ou como função principal nas tarefas de higiene elementar;</p> <p>() Ensinar o abrir a torneira com o auxílio do membro parético/plégico, quando indicado;</p> <p>() Tecnologia Assistiva: uso de fio dental adaptado em “y” para higiene dos dentes; copo plástico como auxiliar para bochecho e enxágue bucal; torneiras e saboneteiras que funcionem sob pressão/ejeção; pequena escova para encaixe nas mãos, a fim de escovação da prótese dentária; escovas de dente e barbeador elétricos, engrossadores para batom, barbeador, escova de dentes e de cabelo.</p>
Vestuário de tronco superior e inferior	<p>() Para tronco superior: sempre abotoar a última e a primeira casa da roupa, a fim de facilitar a orientação no abotoar;</p> <p>() Estimular a vestir primeiro o membro superior parético/plégico, a fim de manter o membro não afetado livre para a finalização de complementos do vestuário (botões, fechos, zíperes etc) e de ajustes da roupa;</p> <p>() Ensinar a vestir o sutiã encaixando os fechos antes de vesti-los ou fechá-los na cintura, a fim de facilitar a atividade;</p> <p>() Para tronco inferior: vestir calças, <i>shorts</i>, na postura sentada; cruzar uma perna sobre a outra e encaixar um segmento, fazer o mesmo para encaixar o outro membro. Subir a calça descarregando peso sobre o glúteo ou deitar na cama e rolar para os dois lados a fim de subir a calça até o quadril;</p> <p>() Para abotoar, posicionar o membro afetado próximo à “casa” a fim de gerar estabilidade e abotoar com o uso do membro superior não comprometido;</p> <p>() Para calçar meias, cruzar as pernas para facilitar o alcance. Antes de calçar, pode-se facilitar puxando o calcanhar da meia para fora, colocar a mão não afetada</p>

	<p>dentro da meia e vestir puxando a face externa da meia em direção ao tornozelo;</p> <p>() Calçar os sapatos cruzando as pernas ou com auxílio de uma calçadeira. Amarrar o cadarço de forma adaptada, com um nó em cada lado ou com um laço de apenas uma "orelha".</p> <p>() Tecnologia Assistiva: utilizar adaptação com gancho para abotoar; cadarço adaptado "em mola", evitar sandálias sem tiras no tornozelo, pois facilitam quedas; uso de roupas mais largas, com velcros; utilização de abotoadores para golas; argolas anexadas aos zíperes facilitam o vestir. Utilizar um banco pequeno para apoiar os pés pode facilitar o alcance para calçar o sapato. Alças dos dois lados da cama facilitam o rolar para vesti-lo. Barras fixadas na parede também poderão ajudar no posicionamento para que o vestir seja feito com segurança.</p>
--	--

Pergunta aberta ao fisioterapeuta

- 1- Como você realiza o processo de atendimento fisioterapêutico no paciente pós-acidente vascular encefálico?
- 2- O que você entende por funcionalidade no paciente pós-acidente vascular encefálico?
- 3- Pontue, segundo sua vivência, as potencialidades e dificuldades no atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico?

ANEXO 3

Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A FUNCIONALIDADE NO PACIENTE PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO À LUZ DO FISIOTERAPEUTA

Pesquisador: Silvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90582518.2.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.789.561

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória, prospectivo, de natureza aplicada e abordagem quali-quantitativa, que se utilizará de levantamento (survey) como método de procedimento, propondo realizar observação sistematizada. O objetivo geral do estudo, visa compreender como ocorre o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade. O estudo contemplará duas etapas: Etapa I – observação sistemática dos atendimentos fisioterapêuticos que ocorrem no centro de reabilitação Belmira Araújo, em Ariquemes-RO, no período de junho a dezembro de 2018; na Etapa II ocorrerá uma entrevista com questões semiestruturadas (previstas no instrumento do estudo) ao fisioterapeuta do local que presta serviços ao público alvo do estudo. A população será composta por 12 indivíduos, totalidade de fisioterapeutas do local. O instrumento para coleta de dados é baseado nos preceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade e das diretrizes de tratamento a pessoa diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Espera-se que ao final da pesquisa possam ser gerados subsídios para facilitar e nortear os atendimentos fisioterapêuticos no quesito funcionalidade nos pacientes pós-acidente vascular encefálico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender como ocorre o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

Continuação do Parecer: 2.789.561

acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade.

Objetivo Secundário: Descrever a funcionalidade na condição do paciente pós-acidente vascular encefálico; Discorrer sobre a importância do fisioterapeuta no reestabelecimento funcional do paciente pós-acidente vascular encefálico; Identificar a funcionalidade na concepção do fisioterapeuta, no paciente pós acidente vascular encefálico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Aos participantes será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo na instituição onde realiza o tratamento, respaldando-se, inclusive, nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos. Também não serão oferecidos riscos advindos da participação nessa investigação, pois cada sujeito será observado de forma individual sem serem submetidos a riscos, ressaltando-se que os mesmos, poderão retirar-se do estudo no tempo em que lhe convier; bem como a fisioterapeuta poderá deixar o estudo como lhe convier, sem quaisquer outros prejuízos. Cabe ainda comentar que haverá riscos mínimos para os participantes da pesquisa que ao se tornarem sujeitos dessa pesquisa, poderão se apresentar constrangidos pelo desconforto da observação, no caso do paciente, ou terem algum constrangimento na resposta de uma das perguntas ou procedimento, no caso do fisioterapeuta.

Benefícios: Haverá benefícios diretos desta pesquisa para o participante, que poderá obter novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca do atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente pós-acidente vascular encefálico isquêmico, podendo este estudo, posteriormente, ser referência para o município no tocante aspecto fisioterapêuticos funcionais dos pacientes pós-AVE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema da pesquisa é muito importante no campo em que se insere o projeto, pois está relacionado ao longo e difícil processo de recuperação de um acidente vascular encefálico do ponto de vista fisioterapêutico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.789.561

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa está aprovado e obedece a Resolução 466/12 do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1136555.pdf	18/05/2018 14:48:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPatriciasantanaCEPOK.docx	18/05/2018 14:47:39	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FRPatricia1.docx	18/05/2018 14:43:51	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Cronograma	IMG_20180518_121328.jpg	18/05/2018 12:35:15	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclepaciente.pdf	18/05/2018 11:55:19	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	declaracaopesquisadora.pdf	18/05/2018 11:40:55	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	instrumento2.pdf	18/05/2018 11:40:13	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	Instrumento1.pdf	18/05/2018 11:39:50	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamentopatricia.pdf	18/05/2018 11:39:14	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.pdf	18/05/2018 10:25:30	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOSCRETARIOSAUDEARQUEMES.pdf	18/05/2018 10:19:24	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAORESPONSAVELDOLOCALBELMIRA.pdf	18/05/2018 10:18:17	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.789.561

RIBEIRAO PRETO, 29 de Julho de 2018

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

APÊNDICEA

Solicitação de autorização para realização da pesquisa ao Secretário da Saúde de Ariquemes/RO

Ilmo. Sr.
Dr. Fabrício Samha
Secretário da Saúde de Ariquemes/RO

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo compreender como ocorre o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade.

Este estudo configura-se como uma pesquisa de cunho transversal, cujo método será a pesquisa observacional sistemática. Será realizado a partir da observação do processo de avaliação e tratamento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, no centro de reabilitação Belmira Araújo, no período de junho a dezembro de 2018, bem como será aplicada uma entrevista com questões semiestruturadas ao Fisioterapeuta que atua no local supracitado, mediante sua aquiescência em participar do estudo.

Portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado aos participantes ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o consentimento livre e esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação, nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

Prof^aDr^a Sílvia Sidnéia da Silva – email: sssilva@unaerp.br Tel: 016 991390493
Pesquisadora responsável - orientadora

Patrícia Caroline Santana – email: patricia.santana541@gmail.com Tel: 069 98423-4650
Pesquisadora - Fisioterapeuta

Ribeirão Preto/SP, 25 de março de 2018.

APÊNDICEB

Solicitação de autorização para realização da pesquisa ao responsável do Centro de Reabilitação Belmira Araújo

IlmaSr^a.

Alana Sabrina C. Gonçalves,
Responsável pelo Centro de Reabilitação Belmira Araújo

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo compreender como ocorre o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade.

Este estudo configura-se como uma pesquisa de cunho transversal, cujo método será a pesquisa observacional sistemática. Será realizado a partir da observação do processo de avaliação e tratamento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, no centro de reabilitação Belmira Araújo, no período de junho a dezembro de 2018, bem como será aplicada uma entrevista com questões semiestruturadas ao Fisioterapeuta que atua no local supracitado, mediante sua aquiescência em participar do estudo.

Portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado aos participantes ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o consentimento livre e esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação, nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

Prof^aDr^a Sílvia Sidnéia da Silva – email: sssilva@unaerp.br Tel: 016 991390493
Pesquisadora responsável - orientadora

Patrícia Caroline Santana – email: patricia.santana541@gmail.com Tel: 069 98423-4650
Pesquisadora – Fisioterapeuta

Ribeirão Preto/SP, 25 de março de 2018.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: A funcionalidade no paciente pós-acidente vascular encefálico à luz do fisioterapeuta.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Patrícia Caroline Santana
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

Eu, _____ RG.: _____
Residente à Rua/Av. _____
_____ concordo
em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1- JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O presente estudo justifica-se pelo fato do paciente pós- AVE apresentar inúmeras complicações desde o nível cognitivo até o sensório-motor, portanto, no tocante a essas sequelas/comprometimentos é esperado que o fisioterapeuta se atente para a funcionalidade a ser proporcionada nos atendimentos fisioterapêuticos e, conseqüentemente, consiga facilitar a reinserção deste paciente na sociedade, bem como a melhora da sua qualidade de vida.

2 - OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 GERAL

Compreender como ocorre o atendimento fisioterapêutico ao paciente pós-acidente vascular encefálico, considerando a funcionalidade.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a funcionalidade na condição do paciente pós-acidente vascular encefálico;

- Discorrer sobre a importância do fisioterapeuta no reestabelecimento funcional do paciente pós-acidente vascular encefálico;

Identificar a funcionalidade na concepção do fisioterapeuta, no paciente pós acidente vascular encefálico.

3 – LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado no Centro de Reabilitação Belmira Araújo do município de Ariquemes/RO, que possui uma população estimada em 101.269 habitantes.

4 - PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Você participará de uma pesquisa, direcionada a compreensão de um atendimento fisioterapêutico nos aspectos funcionais do paciente pós-acidente vascular encefálico, a pesquisa será executada por meio de uma observação sistematizada e, posteriormente, serão realizadas duas perguntas ao profissional fisioterapeuta do local (Centro de Reabilitação Belmira Araújo), que se gravada, caso autorizada.

5 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com o tema: A FUNCIONALIDADE NO PACIENTE PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO À LUZ DO FISIOTERAPEUTA, e não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

6 - OUTRAS INFORMAÇÕES

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-

se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa. Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915.

Ariquemes, ____/____/ 2018.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof^aDr^a Silvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora orientadora responsável)

RG: 20907158
991390493

CPF: 144427278-05

Email: sssilva@unaerp.br

Telefone: 016

Patrícia Caroline Santana (Pesquisador)

RG: 1032915

CPF: 941.751.102-59

Email: patricia.santana541@hotmail.com

Telefone: 069 984234650

APÊNDICE D

DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Eu, Patrícia Caroline Santana, na condição de pesquisadora responsável por este projeto, sendo orientada pela Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva, DECLARO que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
- As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- Os dados serão coletados no banco de dados disponibilizado pela Instituição hospitalar onde está proposto o estudo e me responsabilizo pelo arquivo e sua guarda, após o uso;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados, após autorização da Instituição onde ocorrerá o estudo, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP);
- Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa, caso essa condição se configure necessária no processo de realização do estudo proposto;
- Cumprirei os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa.

Atenciosamente,

Prof^aDr^a Sílvia Sidnéia da Silva – Pesquisadora responsável - orientadora
CPF: 144427278-05
RG: 20907158

Patrícia Caroline Santana (Pesquisador)
CPF: 94175110259
RG: 1032915

Ribeirão Preto, 20 de março de 2018