
OCORRÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES

Ivanilde da Silva Pinto

Graduanda em Fisioterapia/ISECENSA/RJ
ispinteiro@hotmail.com

Jailce da Silva lopesi

Graduanda em Fisioterapia/ISECENSA/RJ
melhgg@hotmail.com

Letícia de Souza Rocha Pessanha

Graduanda em Fisioterapia/ISECENSA/RJ

Elizabeth Viana Soares

Mestre em Gerontologia/PUC/SP
elizabeth.viana@ig.com.br

RESUMO

Os acidentes vasculares encefálicos (AVE) são sintomas neurológicos focais ou globais causados por isquemia ou hemorragia no cérebro e pode levar a distúrbios incapacitantes, como alterações do campo espacial e visual, da fala, da sensibilidade, na marcha, dificuldades de execução das atividades da vida diária, alterações do humor e em todo o mundo correspondem a segunda causa de morte. Este estudo objetivou verificar a ocorrência de pacientes com diagnóstico de AVE em um Hospital Público. Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, retrospectivo realizado no período de Janeiro de 2006 a Julho de 2008. Foram analisados de 4731 prontuários, sendo que 1893 prontuários contou com atendimento pediátrico, e dos 2838 prontuários restantes, 152 pacientes tiveram diagnóstico de AVE, com os seguintes resultados: 40,79% AVE isquêmico, 12,50% AVE hemorrágico, 11,89% AVE isquêmico e hemorrágico associados e 34,86% não especificados. A incidência de fatores de risco: HAS 38,16%, DM 18,42%, Cardiopatias 12,50%. Entre as complicações: PNM 13,16%, IRA 6,58%, Sepse 5,35% e ITU 3,29%. A taxa de Óbito 29,60%, de Alta hospitalar 53,30%, Transferências para outras unidades 5,26% e não especificados 11,84%. A média de permanência no hospital foi de 17,63%. A partir dos resultados, conclui-se que os fatores de risco conhecidos são de fácil controle, sugerindo que campanhas de prevenção e detecção precoce sejam incentivados.

Palavra - chave: Acidente vascular Encefálico, Isquêmico, Saúde Pública

ABSTRACT:

The cerebral vascular accidents are focal or global neurological symptoms that are caused by cerebral ischemia or cerebral hemorrhage that can take the incapacitating riots, as alterations of the space and visual field, speaks, sensitivity, in the march, difficulties of execution of the activities of the daily life, alterations of the mood and in the whole world they correspond the second cause of death. This study had as objective, to verify the occurrence of patients with CVA (cerebral vascular accident) in a Public Hospital. Was characterized for a retrospective study with collections of data in handbooks in the period of January of 2006 to the July of 2008. Had been analyzed from 4731 handbooks, being that 1893 handbooks had been pediatrics handbooks; of 2838 remaining handbooks, 152 of them were of patients who had diagnosis of cerebral vascular accident, with the following ones resulted: 40,79% ischemic CVA, 12,50% hemorrhagic CVA, 11,89% ischemic and hemorrhagic associates CVA and 34,86% not specified CVA. Incidence of risk

factors: high blood pressure - 38,16%, diabetes mellitus – 18,42%, cardiopathies – 12,50%. Between the complications: PNM – 13,16%, acute respiratory insufficiency – 6,58%, septicemia – 5,35% and urinary infection – 3,29%. Death tax – 29,60%, Hospitalar Alta – 53,30%, transfers – 5,26% and not specified – 11,84%. The average of permanence in the hospital was 17,63%. From the results, it was concluded that the known factors of risk are of easy control, suggesting that campaigns of prevention and precocious detention of disease are stimulated.

Key words: cerebral vascular accident, ischemic, public health.

1. INTRODUÇÃO

A importância da Doença Cérebro Vasculares (DCV) para o sistema de saúde no Brasil pode ser estimado pelo fato de representar 8,2% das internações e 19% dos custos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) (IORES, 2003). O Acidente Vascular Encefálico pode ser classificado como isquêmico e hemorrágico. A partir desta classificação, o Acidente Vascular Encefálico pode ser definido como ruptura de um vaso sanguíneo intracraniano. O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode ser definido também como o início abrupto ou em forma de crises de sintomas neurológicos focais ou globais causados por isquemia ou hemorragia no cérebro ou a sua volta (CHAVES, 2000; VERONEZ, 2004; MAZZOLA, 2007). Aproximadamente 80% dos casos de AVE desenvolvem a oclusão do vaso por placas de ateroma na artéria ou êmbolos secundários, que prevam o cérebro de oxigênio e glicose, prejudicando, assim o metabolismo celular e, conseqüentemente levando a lesão e morte dos tecidos. O Acidente Vascular Encefálico também pode ser descrito como a falta de irrigação sanguínea, por obstrução de uma artéria cerebral (FALCÃO, 2004; LONGO, 2004). O Acidente Vascular Encefálico pode ter como causa a doença arterial denominada aterosclerose, que se caracteriza pela deposição de colesterol e outras substâncias na parede das artérias, podendo desta forma deslocar-se formando um êmbolo ou ocluir completamente o vaso (CHAVES, 2000; ROSA, 2006).

A probabilidade de um indivíduo ter um Acidente Vascular Encefálico, aumenta com a idade, devido a maior propensão a etiologia como arterosclerose, diabetes melito, tabagismo, hiperlipidemia, doenças reumáticas, arritmia cardíaca, estenose de válvula mitral, onde o fator de risco mais evidente pode ser considerado a hipertensão arterial sistêmica. Outros fatores de risco podem ser significantes como as cardiopatias, dislipidemias, dieta rica em sal, também são encontrados como predisponentes para as Doenças Cérebro Vascular como o Acidente Vascular Encefálico (ZETOLA, 2001; PIRES, 2004).

Em decorrência do Acidente Vascular Encefálico o indivíduo pode desenvolver como alteração a espasticidade que nada é que a hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento dependente da velocidade, levando a uma diminuição do controle dos movimentos voluntários dos pacientes, ou ainda hipotonia que pode ser definida como diminuição do tônus muscular. Também pode levar a distúrbios incapacitantes, como alterações do campo espacial e visual, da fala, da sensibilidade, da marcha, dificuldades de execução das atividades da vida diária, alterações do humor e em todo mundo corresponde a secunda causa de morte (COSTA, 2001; MARCUCCI, 2007). Os pacientes pois Acidente Vascular Encefálico podem apresentar alterações sensitivas, cognitivas, motoras, incluindo fraqueza muscular denominado perda ou ausência de movimento (plegia), padrões anormais de movimento e descondicionamento físico. Segundo os referidos autores estes déficits podem limitar a capacidade de realizar tarefas funcionais como o de deambular, fazer compras, subir escadas, auto cuidar-se, contribuindo para uma pobre auto-estima, depressão, isolamento social e deterioração física. Essas limitações nem sempre se devem ao déficit neurológico em si. Porém as complicações psiquiátricas tem sido indicadas como fatores determinantes da incapacidade do paciente após o AVE. A depressão pode ser considerada, segundo (VELOSO, 2007) como a alteração cognitiva nos indivíduos com Acidente Vascular Encefálico com pior prognóstico. Desta forma é necessária uma intervenção de uma equipe multidisciplinar para o manuseio destes pacientes.

Seja qual for a causa do Acidente Vascular Encefálico, uma proporção dos pacientes se recuperar em certo grau. As evidências apontam que fisioterapia é efetiva após o Acidente Vascular Encefálico e que quanto maior a intensidade do tratamento melhora os resultados. Entretanto, alguns autores acrescentam que a modalidade de terapia pode influenciar os resultados a recuperação esta relacionada com o local da lesão, a extensão e a natureza da lesão com a integridade da circulação colateral e o estado pré-mórbido do paciente.

Muitos dos indivíduos recuperam parte da funcionalidade embora esta recuperação seja variável (CALASANS, 2004; VÉRAS, 2005).

A conduta fisioterapêutica no paciente com Acidente Vascular Encefálico objetiva maximizar a capacidade funcional e evitar complicações secundárias, como retrações musculares, fraqueza muscular, ulcerações de pressão, complicações respiratórias, afecções osteomusculares entre outras, e assim possibilitando ao paciente reassumir todos os aspectos da vida em seu próprio meio (IORIS, 2003; NOBLAT, 2004; PEREIRA, 2007).

Os fisioterapeutas tem um papel importante com o paciente que apresenta Acidente Vascular Encefálico, quando utilizar as habilidades que lhe são inerentes, para identificar e tratar, com princípios científicos, os problemas advindos desta patologia. Em uma equipe multiprofissional de saúde, os principais papéis do fisioterapeutas além das pesquisas são: restauração da função, prevenção de complicações secundárias e promoção de saúde do indivíduo em sua máxima totalidade, mediante sequelas instaladas (COSTA, 2002; MARCUCCI, 2007).

Em virtude do grande número de pacientes que apresentam Acidente Vascular Encefálico nos setores de fisioterapia neurofuncional e o grande número de sequelas que estes pacientes apresentam existe a necessidade de trabalhos estatísticos sobre a incidência de Acidente Vascular Encefálico com fim norteador beneficiando política de Saúde Pública a partir do conhecimentos das variáveis avaliadas pelo presente estudo.

2. METODOLOGIA

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os sujeitos da pesquisa sendo o estudo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do ISECENSA (CEP-ISECENSA) conforme os padrões para pesquisa envolvendo seres humanos sob resolução nº 196/96, aprovada na 59ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 10 de outubro de 1996, que estabeleceu os princípios para pesquisas em seres humanos com o protocolo (0007-08).

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, retrospectivo com objetivo de verificar a ocorrência de acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico na Clínica Médica e na Unidade de Terapia Intensiva no Hospital Geral de Guarus em Campos dos Goytacazes/RJ no período de Janeiro de 2006 a Julho de 2008, através da análise de prontuários.

O material utilizado durante a coleta de dados foram: 1-ficha com os dados a serem coletados: Perfil do paciente - idade, sexo, raça; Dados clínicos – classificação do AVE; Dados cinesiológicos - hemiplegia á direita ou a esquerda, hemiparesia á direita ou a esquerda; Dados referentes a patologias associadas % - Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitos, Pneumonia, Cardiopatias, Sepses, Insuficiência do Trato Urinário, Insuficiência Respiratória Aguda. 2-caneta, 3-calculadora.

Tendo como critérios de inclusão, termo de consentimento livre e esclarecido do Hospital Geral de Guarus, pacientes que deram entrada na Clínica Médica e na Unidade de Terapia Intensiva no período de 01/01/2006 á 31/07/2008, prontuários com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico com o respectivo período, prontuários de ambos os sexos com idade igual ou superior á 20 anos com diagnóstico de AVE isquêmico ou hemorrágico e prontuários com alta hospitalar.

O levantamento dos dados caracteriza alguns aspectos referentes a: apresentação clínica, doenças associadas ao quadro de AVE, perfil de distribuição dos diferentes subtipos de AVE na composição do total de atendimentos, evolução clínica e complicações, tipo de cuidado requerido pelo paciente (necessidade de avaliação por neurologista, remoção para realização de exames subsidiários) e tempo de permanência no hospital.

2.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA:

Os resultados dos dados encontrados foi realizado de forma descritiva simples, onde as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências relativas (percentuais) e de frequência absolutas (N) e as variáveis quantitativas/ numéricas por meio de médias.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o estudo realizado e dados coletados nos prontuários do Hospital Geral de Guarus (HGG), entre o período de Janeiro de 2006 á Julho de 2008 foram analisados 4.731 prontuários, sendo que 1.893 prontuários foram excluídos, pois eram referentes a atendimentos pediátricos. Dos 2.838 prontuários restantes, foram encontrados 152 prontuários com diagnóstico de AVE correspondente ao CID 81.500.106 e os 2686 prontuários que sobrou foram referente a outras patologias.

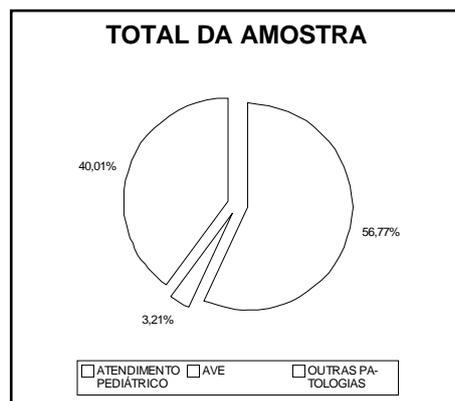


Figura 1: Correspondente ao total da amostra

Entre as principais causas de internação do Sistema Único de Saúde (SUS) essa patologia ocupa o segundo lugar em frequência, sendo responsável por aproximadamente 8,2% de todas as internações (Ministério da Saúde). Dados confirmados através do estudo de RADANOVIC (2000) que mostra no estudo que a ocorrência de AVE fica em torno de 8,2% de todas as internações

De acordo com o Sub-Cid, as internações por Acidente Vascular Encefálico foram as seguintes.

Doenças Cérebro Vascular associadas a outras síndromes vasculares (G-459) 50 prontuários; outros infartos cerebrais (I-638) 32 prontuários; Acidente Vascular Cerebral NE como hemorrágico isquêmico (I-64) 18 prontuários; Isquemia Cerebral Transitória NE (I-629) 07 prontuários; Infarto Cerebral devido trombose artéria pré-cerebral (I-630) 04 prontuários; Síndrome da artéria vértebro basilar (G-450) 02 prontuários; Infarto Cerebral devido a trombose arteriais pré cerebral (I-631) 01 prontuário; Infarto cerebral devido trombose venosa cerebral não piogênica (I-636) 01 prontuário; Hemorragia intra cerebral-hemisférico cortical (I-611) 01 prontuário.

Observou-se na tabela 1 a prevalência do Sub-Cid (G-468), ou seja, 50% das internações por Acidente Vascular Encefálico estão relacionados a este Sub-Cid (DCV – outras síndromes vasculares cerebrais)

Segundo (VELOSO, 2007) as DCV representam um alto percentual de internação. Tanto nos AVE isquêmicos, hemorrágicos e nos infartos cerebrais, as características clínicas são determinadas pela localização e extensão do prejuízo cerebral (BARROS, 2006).

Tabela 1 – Correspondente ao Sub-Cid

SUB-CID	N	%
DCV – outras síndromes vasculares cerebrais G-468	55	36,0
Isquemia Cerebral Transitória NE G-459	17	11,2
Síndrome da Artéria Vértebro Basilar G-450	2	1,3
Outros infartos cerebrais I-638	32	21,0
Outras hemorragias intra-cerebrais I-618	9	6,0
Outras hemorragias sub-aracnóides I-608	1	0,7
Hemorragias intra-craniana NE I-629	7	4,6
Hemorragias sub-aracnóides prov. Outra artéria intra-craniana I-606	1	0,7
Infarto cerebral devido a trombose arterial cerebral I-633	1	0,7
Infarto cerebral devido a trombose arterial pré-cerebral I-630	6	3,9
Acidente Vascular Cerebral NE como hemorrágico isquêmico I-64	18	11,8
Hemorragia intra-cerebral-hemisfério cortical I-611	1	0,7
Infarto cerebral devido a trombose venosa cerebral não piogênica I-636	1	0,7
Infarto cerebral devido embolia arterial pré-cerebral I-631	1	0,7

O diagnóstico do AVE com e sem Tomografia Computadorizada (TC) foram as seguintes, dos 152 prontuários analisados, 83 (54,60%) dos prontuários tiveram diagnósticos do AVE através da Tomografia Computadorizada (TC) de crânio e os outros 69 (45,39%) dos prontuários tiveram o diagnóstico apenas pelas características clínicas.

Para diagnosticar o AVE, é imprescindível os exames de Tomografia Computadorizada do crânio (TC) e/ou a Ressonância Magnética do crânio entre outros. Estes números são condizentes com os relatados pela literatura (ZÉTOLA, 200).



Figura 2 – Correspondente ao diagnóstico de AVE com e sem TC.

De acordo com a idade dos pacientes destes estudo e o número de internações, foram divididos quatro intervalos de idade para a análise dos dados obtidos. Houve prevalência de internações em pacientes com faixa etária entre 60 a 79 anos, sendo 62 (40,79%) Isquêmico, 19 (12,50%) Hemorrágico, 18 (11,84%) Isquêmico e Hemorrágico associados e 53 (34,86%) não especificados.

O resultado encontrado neste estudo está de acordo com o que diz a literatura, ou seja, maior prevalência de Acidente Vascular Encefálico da sexta à sétima década e no gênero masculino, corroborando com a literatura (RODRIGUES, 2004; IORIS, 2003). neste estudo, a maior prevalência de Acidente Vascular Encefálico foi isquêmico em relação ao hemorrágico concordando com os dados mostrados por outros autores (PEREIRA, 2007; RODRIGUES, 2004). estudos literários apontam que o AVE pode ser causado por dois mecanismos diferentes: oclusão de um vaso causando isquemia e infarto do território dependente desse vaso ou ruptura vascular. O AVE isquêmico tem como subtipo: lacunar, trombótico e embólico e o AVE hemorrágico: intracerebral, subaracnóide, intracerebral e subdural. Se a interrupção do fluxo sanguíneo for inferior a três minutos, a alteração é reversível, caso ultrapasse os três minutos a alteração funcional poderá ser irreversível devido a origem de necrose do tecido nervoso (COLS, 2008).

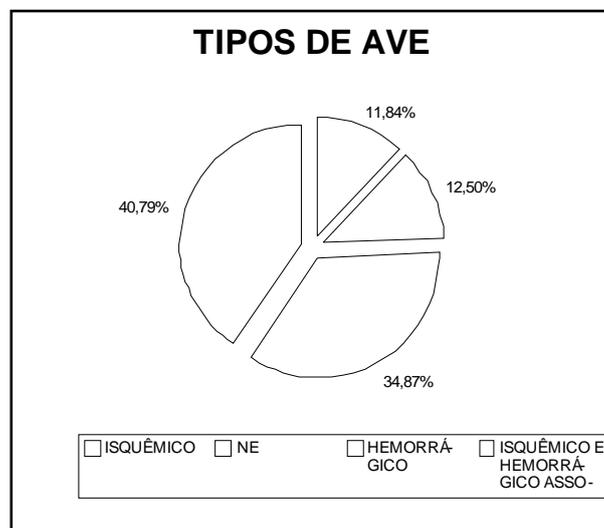


Figura 3 – Correspondente ao tipo de AVE.

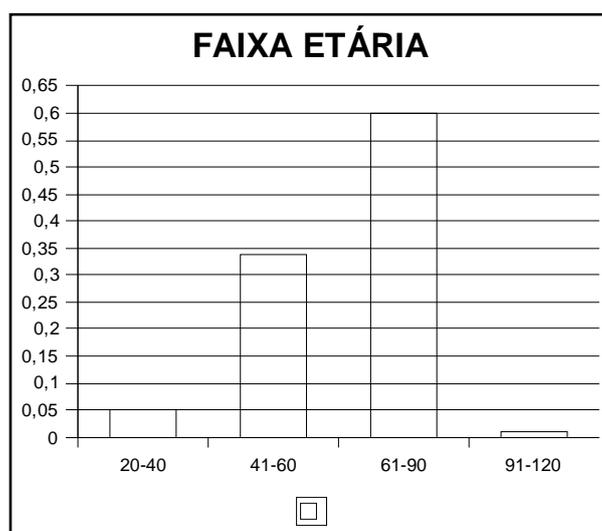


Figura 4 – Correspondente a faixa etária dos indivíduos

A análise do perfil dos pacientes analisados neste período mostrou que 86 (57,90%) corresponderam ao sexo masculino e 64 (42,10%) ao sexo feminino.

Segundo o estudo de (FALCÃO, 2004) o gênero masculino correspondeu a 52% e o gênero feminino a 48% da sua amostra. No estudo de (MAZZOLA, 2007) evidenciou que 72% ocorreu no gênero masculino e 28% ocorreu no gênero feminino, corroborando com o atual estudo.

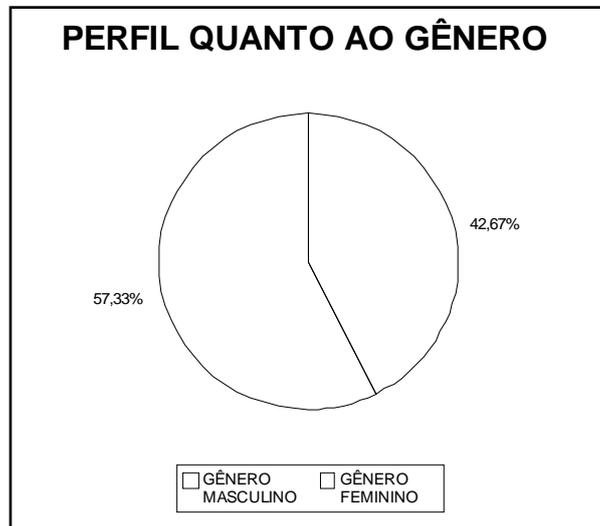


Figura 5 – Correspondente a incidência de AVE de acordo com o gênero.

Mediante ao estudo 132 pacientes (86,84%) sofreram AVE pela primeira vez. Porém, 20 (13,16%) apresentaram recidiva.

De acordo com (KLOTZ, 2006) indivíduos que sofreram AITs são mais propensos a sofrerem um AVE em um período de cinco anos. A detecção do diagnóstico do Acidente Vascular Encefálico e do controle dos fatores de risco é primordial, pois permitem reduzir a incidência do AVE isquêmico e o risco de recidiva através de mudanças de hábito de vida, e de tratamento medicamentoso (PIRES, 2004; FALCÃO, 2004).

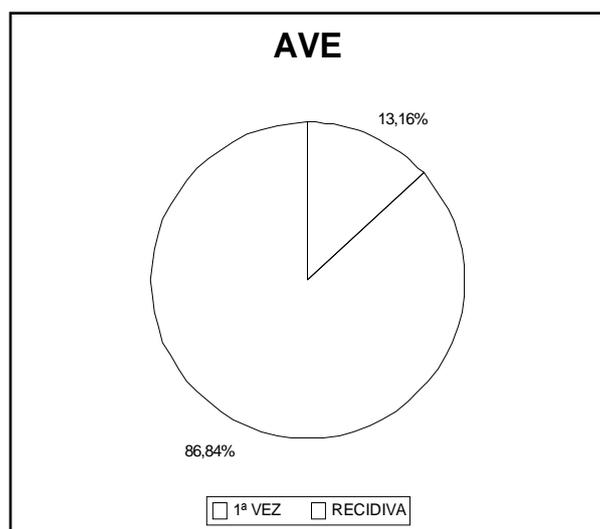


Figura 6 – Correspondente aos indivíduos que apresentam AVE pela primeira vez e os que apresentam AVE por mais de uma vez.

A presença de danos nas funções neurológicas origina déficit motores que são caracterizados por paralisias completas (hemiplegia) ou parciais incompletas (hemiparesia) no hemicorpo após ao local da lesão que ocorreu no cérebro. Diante do diagnóstico funcional 12 (7,89%) prontuários apresentaram hemiplegia D, 20 (13,16%) hemiplegia E, 16 (10,53%) hemiparesia D, 24 (15,79%) hemiparesia E, 80 (52,63%) não foram especificados.

O Acidente Vascular Encefálico é a principal causa de incapacidade motora em adulto. Cerca de 50% dos indivíduos acometidos apresentam hemiparesia ou hemiplegia após seis meses do evento e 50 a 70% destes indivíduos recuperam a independência funcional (MARCUCCI, 2007).

(Rodrigues, 2004) realizou um estudo onde o hemicorpo mais acometido foi o D. Neste estudo, prevaleceu o acometimento no hemicorpo E.

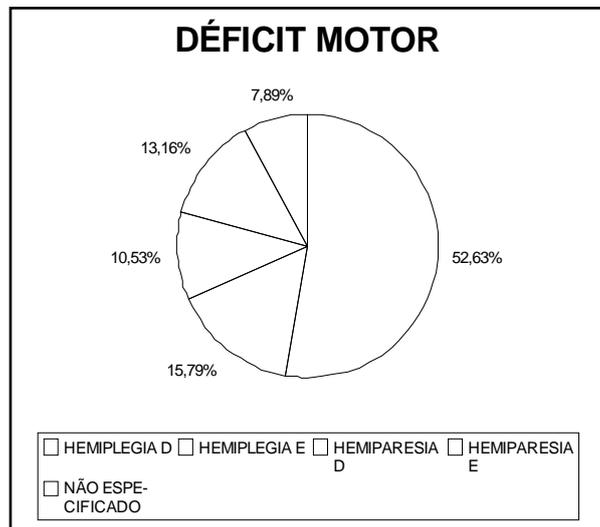


Figura 7- Correspondente ao Déficit Motor descritos nos prontuários.

Após a avaliação dos dados, verificou-se que houve uma maior incidência de AVE em ordem decrescente dos fatores de risco: Hipertensão Arterial Sistêmica em 58 (38,16%) dos prontuários, seguidos de Diabetes Melito 28 (18,42%), doenças Cardíacas 19 (12,50%), e não especificados 47 (30,92%).

De acordo com o estudo de (RADANOVIC, 2000; RODRIGUES, 2004; KLOTZ, 2006; MAZZOLA, 2007) os fatores de risco predominante aparecem na seguinte ordem: Hipertensão Arterial Sistêmica, Cardiopatias e Diabetes Melito. A hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco para o Acidente Vascular Encefálico. Segundo (CHAVES, 2000) a arterotrombose é a principal causa de AVE, a mesma relata que a incidência de primeiro AVE é duas vezes maior em indivíduos negros do que em brancos e não é relacionado com a classe social, relata ainda que a hipertensão sistólica associada a diabetes e tabagismo são fatores de risco para AVE lacunar. O diabetes melito constitui um fator de risco para o desenvolvimento de doença cérebro vascular ressaltando o infarto cerebral aterotromboembólico. O risco do gênero feminino obter um acidente vascular encefálico é maior com o uso de anticoncepcional hormonal (ACO) de alta dosagem do que os de baixa dosagem. A migrânea é um fator de risco considerável para se obter um AVE isquêmico. O tabagismo também é um fator de risco responsável pelo AVE isquêmico. Embora estudos demonstrem que grande parte dos indivíduos acometidos por AVE apresentem fatores de risco como raça, tabagismo, etilismo, sedentarismo, anticoncepcional hormonal, dislipidemia, neste estudo foi observado a falta dessas informações contidas nos prontuários analisados. De acordo com o estudo de (ROSA, 2006) a presença de fibrilação atrial aumenta a probabilidade do risco de adquirir o Acidente Vascular Encefálico de quatro a cinco vezes.

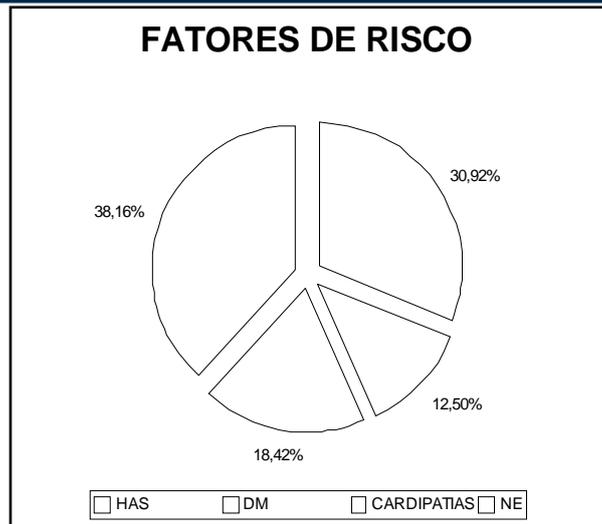


Figura 8 – Corresponsável à incidência dos fatores de risco.

Através do estudo, podemos observar que apenas 70 (46,05%) prontuários apresentaram condutas fisioterapêuticas como cinesioterapia motora e respiratória, e 82 (53,99%) não tiveram acompanhamento fisioterapêutico. Na instituição onde foi feito o estudo observou-se que nos prontuários não são realizadas condutas fisioterapêuticas em pacientes que são admitidos nas primeiras 24 horas.

Segundo o estudo de (BARROS, 2006) todo atendimento deve ser precoce para minimizar os riscos e sequelas no acometimento do Acidente Vascular Encefálico.

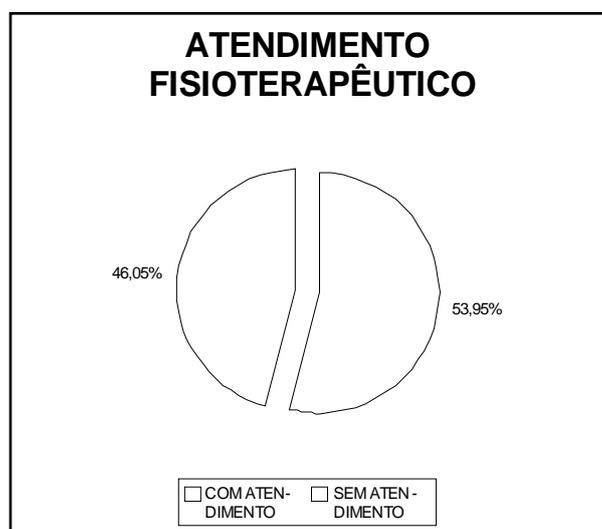


Figura 9 – Correspondente ao tratamento fisioterapêutico.

Conforme os dados, 42 (27,63%) dos prontuários analisados apresentaram complicações secundárias sendo as mais citadas Pneumonia 20 (13,16%), Insuficiência Respiratória Aguda 10 (6,58%), Septicemia 7 (4,60%), Insuficiência do Trato Urinário 5 (3,29%).

Estudos relatam que uma grande parte dos pacientes pós-AVE apresentaram complicações secundárias (ROSA, 2006; VELOSO, 2007). Neste estudo foi observado que a maioria dos acometidos por AVE obtiveram complicações secundárias como Pneumonia, Insuficiência Respiratória Aguda, Infecção do Trato Urinário, Septicemia. A complicação que mais predominou no estudo foi a Pneumonia. Segundo o estudo de (TERRONI, 2003) a complicação que mais predominou foi o distúrbio psiquiátrico corroborando com o estudo de (MAZZOLA, 2007). A literatura aponta que a complicação ombro doloroso acomete grande parte dos pacientes após o AVE que ocorre em 70 a 84% dos casos a qual é responsável por um grau alto de sofrimento e incapacidade funcional (SILVIA, 2000; KLOTZ, 2006).

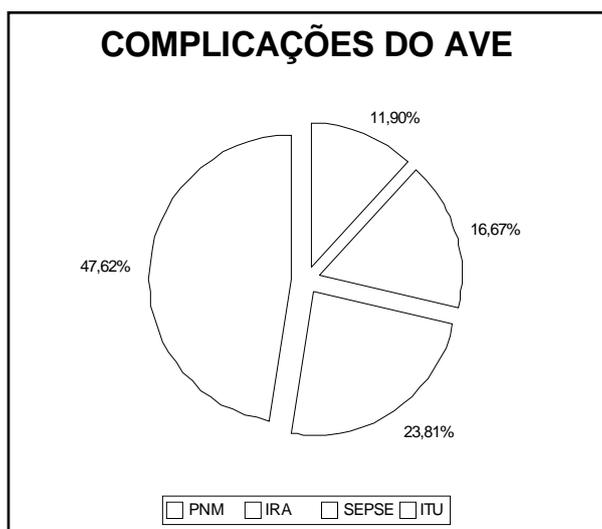


Figura 10 – Correspondente as complicações apresentadas pelo AVE.

Em relação as altas e óbitos, pode-se observar nos prontuários conforme o gráfico 10 que 81 (53,30%) indivíduos obtiveram alta hospitalar, 08 (5,26%) indivíduos foram transferidos para outras unidades, 45 (29,60%) foram á óbito e 18 (11,84%) não foram especificados em seus prontuários.

De acordo com os estudos de (COSTA, 2002) O AVE é responsável aproximadamente por 25% dos óbitos nos países desenvolvidos e responsável por grande parte de incapacidade físicas que atinge os idosos. Os referidos dados forma confirmados por (FALCÃO, 2004) através de uma pesquisa evidenciou que o Acidente Vascular Encefálico representa a terceira causa de morte e incapacidade entre os adultos.



Figura 11- Correspondente ao destino dos pacientes.

5. CONCLUSÃO

Através deste estudo pode-se obter resultados significantes no que diz respeito aos parâmetros encontrados na literatura e a deficiência dos dados encontrados nos prontuários.

O Acidente Vascular Encefálico que acomete tanto adultos como adolescentes e que é de grande importância para os profissionais de saúde devido a qualidade de vida dessa população, ocupando um dos

primeiros lugares no que diz respeito as causas de internação destes pacientes. Foram encontrados muitos estudos por diversos fatores sobre o tema, porém, em nossos estudos, foram evidenciadas várias falhas as quais comprometeram o resultado do referido estudo. Dentre as falhas podemos citar: ausência de dados nos prontuários sobre fatores de risco (etilismo, tabagismo, obesidade, sedentarismo, anticoncepcionais, hormonais), comorbidades (hereditariedade e raça).

A atuação fisioterapêutica em relação a assistência a portadores de sequelas de AVE na saúde pública deve ser realizada nos três níveis de atuação: prevenção, reabilitação e cura, com a finalidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, ^a F. F; et al. **Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da TC de crânio em pacientes com AVE isquêmico na fase aguda da doença.** Arq. Neuropsiquiatr. 64 (4): 1. 009-1.014, 2006.

CALASANS, P. A; ALOUCHE, S, R. **Correlação entre o nível cognitivo e a independência funcional após AVE.** Rev. Bras. De Fisioter. Vol.8, n.2, 105-109, 2004.

CARDINI, P. A; et al. **Qualidade de vida de pacientes com história prévia de Acidente Vascular Encefálico: Observação de casos.** Rev. Bras. De Psiquiatr, 54 (4): 302-317, 2005.

CHAVES, M. L. F. **Acidente Vascular Encefálico: conceituação e fatores de risco.** Rev. Bras. Hipertens. Vol. 7 (4): Outubro/ Dezembro de 2000.

COLS, O. **Acidente Vascular Encefálico e cirurgia cardíaca.** Arq. Bras. Cardiol. Vol. 91 (4): 234-237, 2008.

COSTA, A. C. M. et al. **Atividade corporal e esquema corporal em pacientes com AVC.** Rev. Físio&Terapia Ano VI, n. 29, Out/Nov., 2001.

COSTA, A. M. et al. **Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI).** Rev. Bras. Méd. CiÊN. E mOV. 10 (1): 47-54, 2002.

FALCÃO, I. V. et al. **Acidente Vascular Cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 4(1): 95-102. jan/mar, 2004.

GUIMARÃES, L. H. C. T. et al. **Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico.** Revista Neurociências, v. 12, p.13-133, jul/set, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de domicílio 2004.** (Acesso 2008 nov. 22) Disponível em [http://www.ibge.gov.br/homi/estatistica/população/censo demografico 2003](http://www.ibge.gov.br/homi/estatistica/população/censo%20demografico%202003).

IORIS, M. N. **Fisioterapia no abrigo Bezerra de Menezes: uma abordagem da fisioterapia na terceira idade.** Rev. Bras. Fisiot. v. 30, n.2, p. 385-397, fev. 2003.

KLOTZ, T. **Tratamento fisioterapêutico do ombro doloroso de pacientes hemiplégicos por Acidente Vascular Encefálico.** Revisão da literatura. Acta Fisiatr. v.13(1): 12-16, 2006.

LONGO, A. L. et al. **Trombólise endovenosa com alteplase em AVC isquêmico – Experiência em 27 casos .** Joinville – SC – Rev. Neurociências, v.12, n.3, p. 134 – 140, jul/set, 2004.

- MARCUCCI, F. C. L. et al. **Eletromiografia de tronco em indivíduos com hemiparesia durante exercícios terapêuticos.** Rev. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.20, n.2, p. 99-105, abr/jun, 2007.
- MAZOLLA, D. et al. **Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de Fisioterapia Neurológica da Universidade de Passo Fundo.** Rev. Bras. Promoção da Saúde, 20(1): 22-27, 2007.
- NOBLAT, A. C. B. et al. **Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência.** Arq. Bras. Cardiol. v.83, n.4, São Paulo, out. 2004.
- NOGUERIA, F. et al. **Intervenção fisioterapêutica na comunidade: Relato de caso de uma paciente com Acidente Vascular Encefálico.** Revista Saúde com. 1(1): 35-43, 2005.
- PEREIRA, J. B. et al. **Prevalência de aneurisma do ventrículo esquerdo em pacientes chagásicos crônicos de duas áreas do estado do Piauí.** Rev. SOC. Bras. Med. Trop. v.40, n.5, Uberaba, out. 2007.
- PIRES, S. L. et al. **Estudos das frequências dos principais fatores de risco para Acidente Vascular Cerebral isquêmico com idosos.** Arq. Neuropsiquiátrico, 62(3.b) 844-851, 2004.
- RADANOVIC, M. **Característica do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital secundário.** Arq. Neuropsiquiátrico. v.58(1):99-106, 2000.
- RODRIGUES, J. E. et al. **Perfil dos pacientes com AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMEP.** Rev. Neurociências, 12(3): 117-122, 2004.
- ROSA, S. M. et al. **Prevalência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) no pós operatório de revascularização do miocárdio.** Rev. Bras. P.S, v.19(1): 25-34, 2006. RBCEH, Passo Fundo, 114 – 121, Jan./Jul.2006.
- SILVIA, C. O. et al. **Avaliação da dor no ombro em pacientes com acidente vascular cerebral.** Acta fisiátrica, 7(2): 78-83, 2000.
- SILVIA, N. A. S. et al. **Importância clínica dos custos diretos hospitalares em pacientes com hipertensão arterial em tratamento num hospital universitário.** Rev. Saúde Pública. v. 20, n. 4, São Paulo, ago, 2000.
- TERRONI, L. M. N. et al. **Depressão pós AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva.** Revista Assoc. Méd. Bras, 49(4): 450-459, 2003.
- VALENTE, S. C. F. et al. **Resultado de fisioterapia hospitalar na função do membro superior comparativo após o acidente vascular encefálico.** Revista Neurociências, v. 14, n.3, 122-128, jul/set, 2006.
- VELOSO, F. et al. **Um olhar sobre a assistência fisioterapêutica a portadores de acidente vascular encefálico no município de Jequié-BA.** Revista Saúde, v. 3(1): 55-63, 2007.
- VERAS, M. M. S. et al. **A fisioterapia no programa de saúde da família de Sobral CE.** Rev. Fisioterapia Brasil, v.6, n.5, set/out, 2005.
- VERONEZI, ^a M. G. et al. **Avaliação da performance da marcha de pacientes hemiplégicos do projeto hemiplegia.** Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. 17, n.1, p.31-38, jan/mar, 2004.
- ZÉTOLA, V. H. F. et al. **Acidente Vascular cerebral em pacientes jovens.** Arq. Neuropsiquiátr. v. 59(3-b): 740-745, 2001.