

Jordana de Paula Magalhães

**ANÁLISE DO ATENDIMENTO DE INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2020

Jordana de Paula Magalhães

**ANÁLISE DO ATENDIMENTO A INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Christina Danielli de Morais Faria, PT,
Ph.D.

Co-orientadora: Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra,
PT.

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, que num gesto de amor e cuidado me fez encantar pela reabilitação e tornou cada pedaço deste trabalho possível. À Virgem Maria, minha mãezinha, pelo seu colo e por estar a frente de cada passo do meu caminho.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços e incentivo para que eu pudesse estudar e alcançar meus objetivos. Aos meus irmãos, pelo incentivo e pela partilha dos momentos bons e ruins. Ao Luciano, por todo amor, carinho e compreensão nesta longa jornada, por ter sido meu maior incentivador e por ter passado por cada um dos momentos de ansiedade e incerteza do meu lado. Aos meus amigos por tornarem este caminho mais leve e feliz.

Ao Neurogroup, por ter me acolhido e por permitir que eu me encantasse pela pesquisa. A cada colega que dividiu comigo o laboratório, as dúvidas, os conselhos e o “vai dar tudo certo”.

A Christina, que desde o início da graduação, abriu as portas dos seus projetos para que eu pudesse aprender. Obrigada pela sua orientação firme e humana, pela sua disponibilidade e generosidade neste processo.

A Tamires, por ter orientado a construção deste trabalho com tanta dedicação e carinho. Obrigada pela clarividência em cada correção, pelo incentivo em cada conversa e pela empatia em todo trabalho.

A todos os indivíduos acometidos pelo AVC que nos permitiram estudar os seus corpos e mentes, afim de buscar respostas. Obrigada pela generosidade da partilha.

A todos os funcionários da EEEFTO e professores da graduação, por tornarem possível a finalização desta conquista.

RESUMO

Após o Acidente Vascular Cerebral (AVC) os indivíduos comumente apresentam incapacidades que requerem o acompanhamento de profissionais e serviços de saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é responsável por desenvolver ações para o atendimento integral destes indivíduos. O objetivo deste trabalho foi descrever a assistência prestada pelos profissionais do NASF aos indivíduos pós AVC, identificando a categoria profissional com maior número de atendimentos; e identificar as variáveis sociodemográficas e clínicofuncionais que determinaram os atendimentos deste profissional. Indivíduos de quatro UBS da cidade de Belo Horizonte/Minas Gerais, identificados pelos profissionais como tendo AVC, foram incluídos. Para identificar os atendimentos dos profissionais do NASF foram analisados os seus prontuários. Os indivíduos também foram avaliados quanto a características sociodemográficas e clínicofuncionais. Após identificar o profissional que atendeu o maior número de indivíduos, essas características foram comparadas entre os grupos de indivíduos atendidos e não atendidos por este profissional, utilizando-se testes de comparação de grupos independentes ($\alpha=5\%$). Entre 159 indivíduos em potencial para participar do estudo, 100 atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídos. Destes, 55 (55%) apresentavam registro no prontuário de algum atendimento por profissional do NASF. O educador físico foi o único profissional que não apresentou nenhum registro de atendimento e o fisioterapeuta o que atendeu mais indivíduos ($n=44$; 80% dentre os atendidos pelo NASF). A caracterização da conduta fisioterapêutica demonstrou que a orientação foi a mais frequente, ocorrendo em 89% dos registros de prontuário. O acompanhamento e o encaminhamento foram condutas pouco frequentes. A comparação entre os grupos de indivíduos que foram e não foram atendidos pelo fisioterapeuta apontou que os indivíduos atendidos apresentavam maior número de eventos de AVC ($p=0,046$) e maior nível de incapacidade ($p<0,001$), sendo essas as únicas variáveis que diferenciaram significativamente os grupos. Cerca de metade dos indivíduos incluídos receberam atendimento por algum profissional do NASF após o AVC, o que não atende as recomendações nacionais e internacionais de todos os indivíduos terem pelo menos um atendimento pelo NASF. O atendimento pelo fisioterapeuta do NASF, profissional que atendeu o maior número de indivíduos, foi priorizado para aqueles com mais eventos de AVC e maior nível de incapacidade. Apesar de importante, a assistência do NASF aos indivíduos pós AVC ainda é insuficiente e, portanto, deve ser ampliada para atender as recomendações nacionais e internacionais.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Acidente Vascular Cerebral. Saúde Pública.

ABSTRACT

After a stroke, individuals commonly have disabilities that require monitoring by health professionals and services. In the Basic Health Units (UBS) of the Unified Health System (SUS), the team of the Family Health Support Center (NASF) is responsible for developing actions for the comprehensive care of these individuals. The objective of this work was to describe the assistance provided by NASF professionals to post-stroke individuals, identifying the professional category with the highest number of visits; and to identify the sociodemographic and clinical-functional variables that determined the attendance of this professional. Individuals from four BHUs in the city of Belo Horizonte / Minas Gerais, identified by the professionals as having stroke, were included. In order to identify the care provided by NASF professionals, their medical records were analyzed. Individuals were also assessed for sociodemographic and clinic-functional characteristics. After identifying the professional who attended the greatest number of individuals, these characteristics were compared between the groups of individuals attended and not attended by this professional, using tests of comparison of independent groups ($\alpha = 5\%$). Out of 159 potential individuals to participate in the study, 100 met the eligibility criteria and were included. Of these, 55 (55%) had records in the medical records of some assistance by a NASF professional. The physical educator was the only professional who did not present any attendance record and the physiotherapist was the one who attended more individuals ($n = 44$; 80% of those attended by NASF). The characterization of the physiotherapeutic conduct demonstrated that guidance was the most frequent, occurring in 89% of medical records. Follow-up and referral were uncommon. The comparison between the groups of individuals who were and were not seen by the physiotherapist showed that the individuals seen had a greater number of stroke events ($p = 0.046$) and a higher level of disability ($p < 0.001$), these being the only variables that differentiated groups significantly. About half of the individuals included received care by a NASF professional after the stroke, which does not meet the national and international recommendations of all individuals to have at least one service by the NASF. The service by the NASF physiotherapist, a professional who attended the largest number of individuals, was prioritized for those with more stroke events and a higher level of disability. Although important, NASF assistance to post-stroke individuals is still insufficient and, therefore, should be expanded to meet national and international recommendations.

Keywords: Primary Healthcare. Stroke. Health Public.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 MÉTODO	12
2.1 Amostra	12
2.2 Procedimentos de coleta de dados	12
2.3 Procedimentos de análise de dados	14
3 RESULTADOS	15
4 DISCUSSÃO	21
5 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
Anexo 1 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP Ë UFMG)	8
Anexo 2 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	9

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado uma doença crônica, não transmissível de provável origem vascular decorrente do extravasamento ou da interrupção do aporte sanguíneo ao encéfalo (OMS, 2017). Estima-se que o AVC seja a segunda causa de morte e a terceira causa de deficiências na população global (JOHNSON *et al.*, 2016). O AVC é a doença mais prevalente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil, onde vem aumentando rapidamente (AMY; CHERYL, 2017). No Brasil, o AVC é a principal causa de morte e incapacidade na população adulta, sendo responsável por 10% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), dados que tendem a aumentar dado o processo de envelhecimento da população brasileira (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Após o AVC, comumente estão presentes deficiências (SILVA, 2010) que podem impactar negativamente no retorno às atividades ocupacionais, de lazer ou de vida diária dos sobreviventes (WINSTEIN *et al.*, 2016). Além das deficiências neurológicas, complicações durante a internação hospitalar podem contribuir para o aumento da morbidade e nos custos com os cuidados de saúde e podem afetar o prognóstico de recuperação destes indivíduos (MELO *et al.*, 2016).

Em virtude da alta prevalência e do impacto socioeconômico relacionado ao manejo dos indivíduos com AVC, foram publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil diretrizes assistenciais e guias de orientações clínicas para esta população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; 2013). Em 2012, a *Linha de Cuidados em AVC* foi criada para estruturar uma rede de atenção à saúde e estabelecer uma linha de cuidado para o atendimento dos indivíduos pós AVC com objetivo de reduzir a morbimortalidade e fornecer atendimento integral ao paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Em 2013, foram descritas as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com AVC, cujo objetivo é orientar os profissionais de saúde sobre os cuidados desses indivíduos durante a reabilitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Como um dos elementos da rede de atenção à saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é considerada a porta de entrada preferencial do usuário ao SUS, o centro de comunicação, a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços ao usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). As UBS têm por ações a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade da UBS, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Ele é orientado segundo o conceito de apoio matricial, em que há a integração dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) com profissionais de diferentes áreas de conhecimento dentro da UBS por meio do trabalho interdisciplinar (SANTOS; UCHOA- FIGUEIREDO; LIMA, 2017). Podem ser inseridos no NASF o assistente social, o farmacêutico, o fonoaudiólogo, o fisioterapeuta, o educador físico, o psicólogo, o terapeuta ocupacional e o nutricionista. Eles também são responsáveis por desenvolver ações de promoção à saúde, de educação permanente e de reabilitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Após a alta hospitalar do paciente acometido pelo AVC, é recomendado a continuidade do processo de reabilitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Para isso, os cuidados à saúde do indivíduo devem ser coordenados pela UBS, que deve ser notificada sobre o retorno do mesmo ao domicílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Nas UBS apoiadas pelo serviço do NASF, os casos dos indivíduos deverão ser discutidos entre o NASF e a ESF, afim de analisar a necessidade de atendimento e implementar as ações de reabilitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). As ações de assistência a pessoa pós AVC na UBS deverão incluir, além do acompanhamento do indivíduo após o evento, o trabalho na prevenção e na redução das taxas de internação por AVC. Além disso, é esperado que a UBS adote medidas como a educação dos profissionais de saúde e da população sobre o tema, orientações e cuidados de reabilitação, prescrição adequada de recursos de tecnologia assistiva e adaptações ambientais após o evento e a prática de ações que facilitem a reintegração destes indivíduos em suas atividades laborais, sociais ou escolares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em estudo recente realizado por Faria *et al.* (2017) em uma UBS da cidade de Belo Horizonte foi demonstrado que 54,5% dos indivíduos pós AVC não apresentavam registro de atendimento pelo NASF após o retorno ao domicílio. Os resultados reportados no estudo de Ribeiro *et al.* (2012) ao analisar o acesso à reabilitação de pacientes pós AVC nas UBS da cidade de João Pessoa, demonstraram que 67,1% dos indivíduos fizeram reabilitação após o evento, sendo que 29,1% tiveram acesso à reabilitação após os seis primeiros meses do evento. Além disso, estes autores reportaram que o tempo de acompanhamento de reabilitação foi de 0 a 11 meses em 42,2% dos casos e maior que 12 meses em 24,5%, tempo que foi considerado pelos autores como insuficiente em virtude da cronicidade do AVC (RIBEIRO *et al.*, 2012)

Embora já existam recomendações técnicas para auxiliar os profissionais e a organização dos serviços que ampliam o atendimento em saúde, acredita-se que há uma atuação modesta do NASF no processo de reabilitação e na reinserção social dos indivíduos pós AVC. Resultados de estudos prévios demonstram a carência assistencial do NASF a esta população. Além disto, considerando os altos índices de morbimortalidade e incapacidade associados ao AVC, torna-se necessário a realização de estudos que analisem a assistência à saúde prestada aos indivíduos pós AVC pelo NASF. Esta análise permitirá maior conhecimento quanto às práticas de cuidados à saúde oferecidas pelo NASF, identificando se as recomendações de guias clínicos estão sendo atendidas. Espera-se que esta análise possa contribuir com o aprimoramento do serviço de saúde para oferecer ao usuário um serviço mais efetivo.

Neste contexto, o objetivo geral deste trabalho foi descrever a assistência prestada pelos profissionais do NASF aos indivíduos pós AVC identificando as variáveis sociodemográficas e clinicofuncionais que determinaram a assistência da categoria profissional que atendeu o maior número de indivíduos. Os objetivos específicos foram: a) identificar as categorias de profissionais do NASF que realizaram atendimentos a indivíduos na fase crônica pós-AVC, usuários de quatro UBS da cidade de Belo Horizonte/Minas Gerais; b) determinar a categoria profissional do NASF que atendeu o maior número de indivíduos; c) caracterizar o atendimento prestado por esta categoria profissional; e d) comparar as características

sociodemográficas e clinicofuncionais desses indivíduos, separados em dois grupos: atendidos e não atendidos por esta categoria profissional .

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório realizado em quatro UBS na cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, situadas nos distritos sanitários Nordeste, Norte, Centro-sul e Venda-Nova, com indivíduos pós AVC. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 14038313.4.0000.5149) (ANEXO 1) e pelo COEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) (ANEXO 2).

2.1 Amostra

A amostra deste estudo foi composta por usuários das UBS identificados como indivíduos pós AVC por algum profissional da ESF ou do NASF. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: ser usuário do SUS, morar na área de abrangência e ser cadastrado na UBS, ter 20 anos ou mais, ser identificado por algum membro das ESF ou do NASF como usuário da UBS com AVC com mais de seis meses do evento do AVC e ter este diagnóstico confirmado pelos pesquisadores. Todos os participantes que aceitaram a participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, as informações do estudo foram apresentadas às gerentes das UBS e aos membros das ESF e NASF. Mensalmente, um membro da equipe do estudo participou das reuniões da ESF e NASF nas UBS para identificar os indivíduos em potencial de participarem do estudo. Os prontuários dos indivíduos identificados foram analisados e em seguida os indivíduos foram convidados à participação voluntária no estudo. Após concordarem e assinarem o TCLE, os indivíduos foram entrevistados durante uma visita domiciliar para confirmação dos dados apresentados nos prontuários.

Todos os dados foram coletados por um único examinador, fisioterapeuta, auxiliado por outro examinador, ambos previamente treinados. Inicialmente, foram coletadas informações dos prontuários relacionadas à caracterização da amostra e à assistência realizada pelos profissionais do NASF aos indivíduos após o AVC. Para descrever o tipo de atendimento do profissional do NASF com maior número de atendimentos aos indivíduos pós AVE foram criadas as seguintes classificações: Avaliação – considerada como a descrição do caso e estado clínico do paciente orientando a decisão clínica; orientação – considerada como orientações sobre exercícios a serem realizados pelo paciente, orientações sobre posicionamento no leito, uso de dispositivos de auxílio a marcha, prevenção de quedas dentre outros; tratamento – considerado como a aplicação de uma técnica pelo próprio profissional; Acompanhamento- considerado como dois ou mais atendimentos registrados; por último, encaminhamento – encaminhar o usuário, sendo a outro serviço ou a outro profissional do NASF.

Logo após, em visita domiciliar, foram confirmados ou coletados dados clínicos: tipo de AVC, tempo de evolução do último AVC, lado acometido pelo AVC e doenças associadas; e sociodemográficos: idade, sexo, nível de escolaridade e o nível socioeconômico. Para este último, foi utilizado o critério de classificação econômica do Brasil (ABEP) que fornece uma estimativa do poder de compra da população brasileira baseado na escolaridade do chefe da família, na quantidade de oito tipos de bens duráveis e do número de empregados no domicílio (ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2014). Também durante a visita domiciliar, a incapacidade dos indivíduos foi avaliada de acordo com a Escala Modificada de Rankin (EMR). Ela classifica a incapacidade em seis diferentes graus de função sendo eles: 0 – sem sintomas; 1 – sem incapacidade significativa sendo capaz de realizar todos as atividades usuais; 2 – incapacidade leve: incapaz de realizar algumas das atividades prévias, mas capaz de cuidar de suas atividades sem auxílio; 3 – incapacidade moderada: necessita de ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência; 4 – incapacidade moderadamente severa: incapaz de caminhar e atender as necessidades físicas sem assistência; 5 – incapacidade severa: paciente restrito ao leito, incontinente, requer constante atenção e cuidados de enfermagem; 6 – morte (QUINN *et al.*, 2008).

2.3 Procedimentos de análise de dados

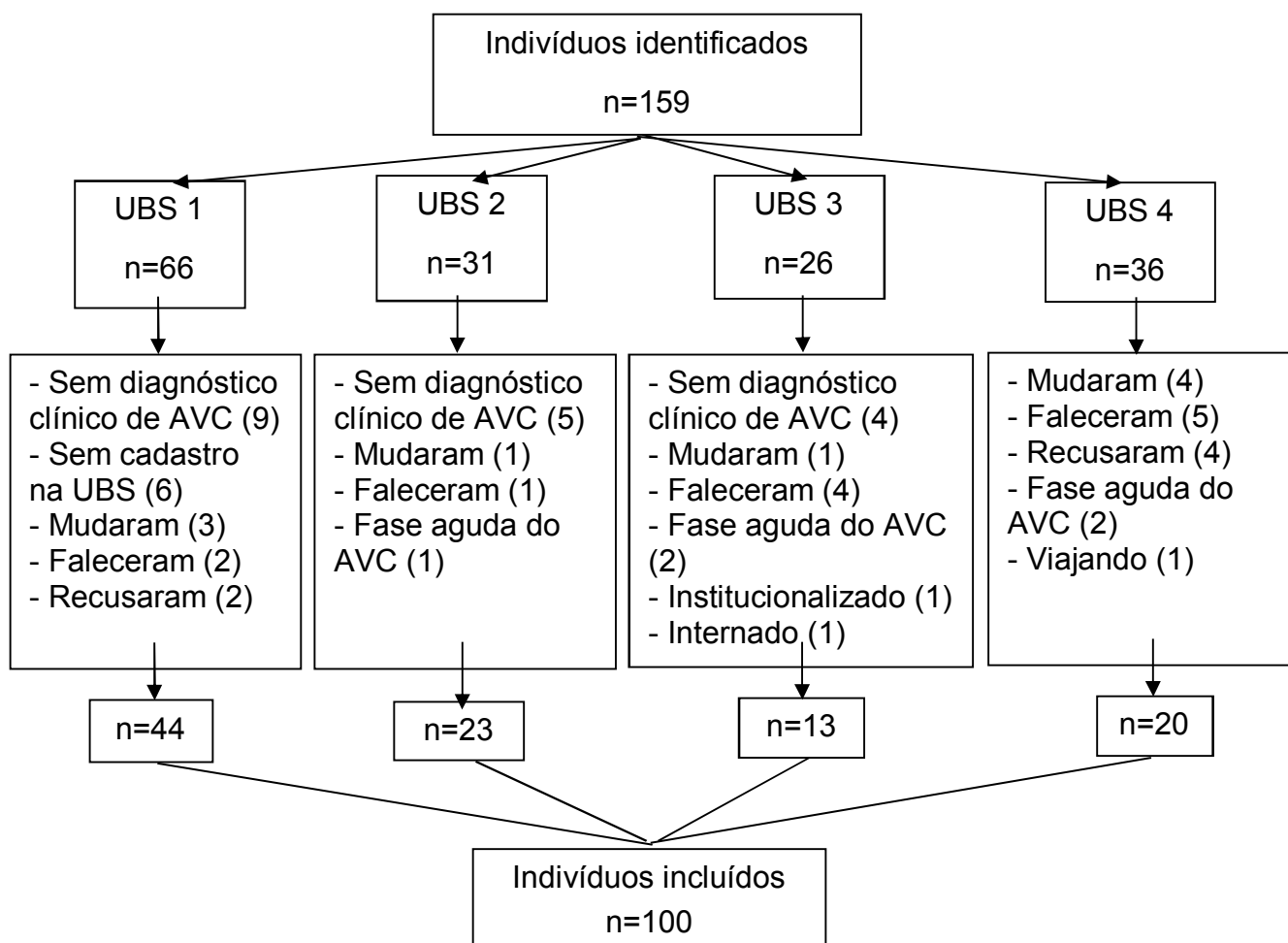
Inicialmente, foi verificada a distribuição dos dados pelo teste *Shapiro-Wilk*. Para a análise estatística descritiva considerando as variáveis numéricas normalmente distribuídas e não normalmente distribuídas foram utilizados, respectivamente, a média e o desvio padrão, e a mediana e a diferença interquartil. Para a análise descritiva das variáveis categóricas foram utilizadas a frequência absoluta e relativa. Após identificar o profissional do NASF com o maior número de atendimentos, eles foram divididos em dois grupos: 1) indivíduos que foram atendidos por este profissional do NASF e 2) indivíduos que não foram atendidos por este profissional do NASF. Estes grupos foram comparados considerando as seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, nível de escolaridade, nível socioeconômico, possuir ou não plano privado de saúde) e clinicofuncionais (Escala de Rankin Modificada, número de eventos de AVC, número de doenças associadas e tempo de evolução do último AVC). Para as variáveis dicotômicas, como sexo, foi utilizado o Teste de Qui-quadrado. Para as variáveis quantitativas normalmente distribuídas (como idade), foi utilizado o Teste *T- student* para amostras independentes. Para as demais variáveis, foi utilizado o Teste *Mann-Whitney*.

Em todas as análises estatísticas foi considerado um nível de significância $=0,05$. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS® para Windows (Versão 17.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

3 RESULTADOS

Nas quatro UBS foram identificados 159 indivíduos em potencial para participar do estudo. Após a verificação dos critérios de elegibilidade, foram excluídos 59 indivíduos, sendo 30,5% (n=18) por não apresentarem o diagnóstico de AVC, 10,2% (n=6) por não possuírem cadastro na UBS, 15,2% (n=9) por terem se mudado, 20,3% (n=12) por óbito, 10,2% (n=6) por recusarem a participar do estudo, 8,5% (n=5) por estarem na fase aguda do AVC, 1,7% (n=1) que estava institucionalizado, 1,7% (n=1) que estava internado e 1,7% (n=1) por estar viajando no momento da coleta de dados. Portanto, neste estudo foram incluídos 100 indivíduos (FIGURA 1).

Figura 1: Fluxograma da amostra com os motivos de exclusão de participantes do estudo.



*n= número de indivíduos; UBS= Unidade Básica de Saúde; AVC= Acidente vascular cerebral.

Como pode ser observado na Tabela 1, a média de idade dos participantes foi 68 ± 14 anos (21-94 anos), a média do tempo de evolução do

último AVC foi de 61 ± 66 meses (6-375 meses) e a maioria dos participantes era do sexo feminino (57%). Entre os participantes, 60% (n=60) apresentavam mais de três doenças associadas além do AVC. Segundo a Escala Modificada de Rankin, 98% (n=98) apresentavam algum grau de incapacidade. Entre os participantes, 79% (n=79) informaram não possuir plano de saúde privado.

Tabela 1: Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e clinicofuncionais dos indivíduos.

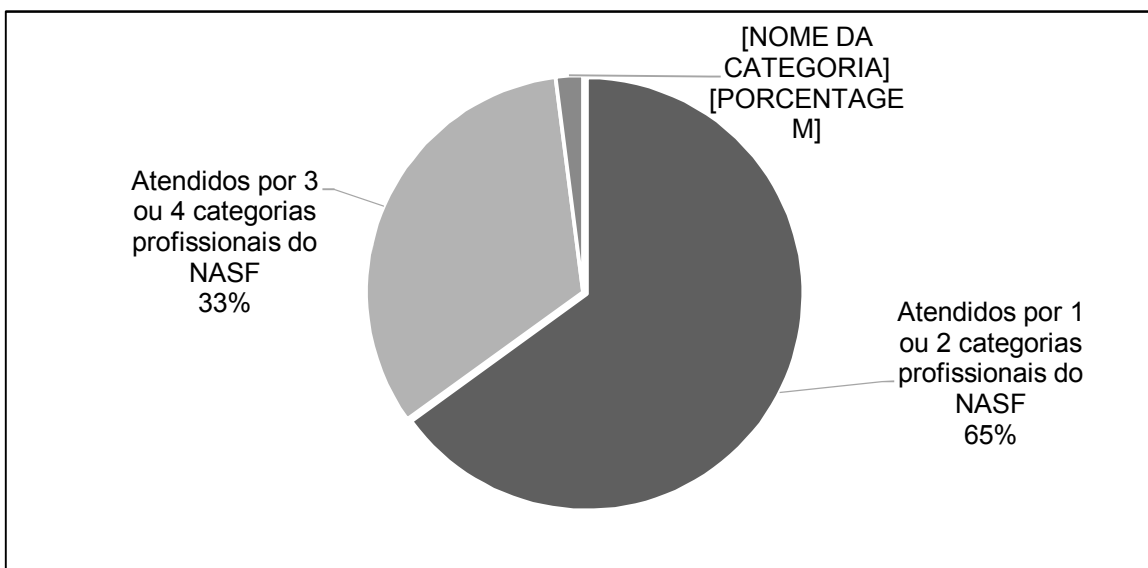
Variáveis	Atendidos pelo NASF (n=55)	Não atendidos pelo NASF (n=45)	Total (n=100)
Sexo feminino % (n)	58 (32)	56 (25)	57 (57)
Idade (média ±DP) (intervalo)	68± 13 anos (31- 94 anos)	65± 15 anos (21- 90 anos)	68±14 anos (21- 94 anos)
Escolaridade			
Não sabe ler/escrever	18 (10)	29 (13)	23 (23)
Nenhuma, mas sabe ler/escrever	2 (1)	0 (0)	1 (1)
Primário incompleto	30 (16)	20 (9)	25 (25)
Primário completo	40 (22)	29 (13)	35 (35)
Ginásio completo	5 (3)	7 (3)	6 (6)
Colegial completo	5 (3)	13 (6)	9 (9)
Não informado	0(0)	2 (1)	1 (1)
Nível socioeconômico* % (n)			
A1	0 (0)	0 (0)	0 (0)
A2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
B1	4 (2)	4 (2)	4 (4)
B2	11 (6)	16 (7)	13 (13)
C1	42 (23)	36 (16)	39 (39)
C2	23 (13)	27 (12)	25 (25)
D	18 (10)	13 (6)	16 (16)
E	2 (1)	4 (2)	3 (3)
Plano privado de saúde %(n)			
Não	80 (44)	78 (35)	79(79)
Hemiparesia			
Direita	54 (30)	45 (20)	50 (50)
Esquerda	44 (24)	42 (19)	43 (43)
Bilateral	2 (1)	0 (0)	1 (1)
Dado não registrado	0 (0)	13 (6)	6 (6)
Tipo de AVC % (n)			
Isquêmico	66 (36)	62 (28)	64(64)
Hemorrágico	14 (8)	18 (8)	16(16)
Isquêmico e hemorrágico	0 (0)	2 (1)	1 (1)
Dado não registrado	20 (11)	18 (8)	19 (19)
Nível de incapacidade** % (n)			
Sem sintomas	13 (7)	29 (13)	2 (2)
Sem incapacidade significativa	13 (7)	27 (12)	20 (20)
Leve	25 (14)	27 (12)	19 (19)
Moderada	20 (11)	11 (5)	26 (26)
Moderadamente severa	27 (15)	4(2)	16 (16)
Severa	2 (1)	2 (1)	17 (17)
Número de eventos % (n)			
1	62 (34)	80 (36)	70 (70)
>1	38 (21)	20 (9)	30 (30)
Número de doenças associadas%(n)			
0	4 (2)	2 (1)	3 (3)
1-3	34 (19)	40 (18)	37 (37)
>3	62 (34)	58 (26)	60 (60)
Tempo de evolução do AVC (média ±DP) (intervalo)	47 ± 50 meses (6- 300 meses)	78 ±77 meses (8 – 375 meses)	61±66 meses (6-375 meses)

DP= Desvio padrão; *Critério de classificação econômica do Brasil (ABEP); **Escala Modificada de Rankin.

Verificou-se que em 45% (n=45) dos prontuários não havia registro de

atendimento de qualquer profissional do NASF. Dentre os 55 (55%) que tiveram algum registro de atendimento por profissional do NASF, 65% (n=36) apresentou registro de atendimento de uma ou duas categorias profissionais, seguida de 33% (n=18) com registros de três ou quatro categorias profissionais e 2% (n=1) com registro de atendimento de cinco categorias de profissionais do NASF (FIGURA 2).

Figura 2. Porcentagem de categorias profissionais do NASF que atenderam aos indivíduos incluídos.

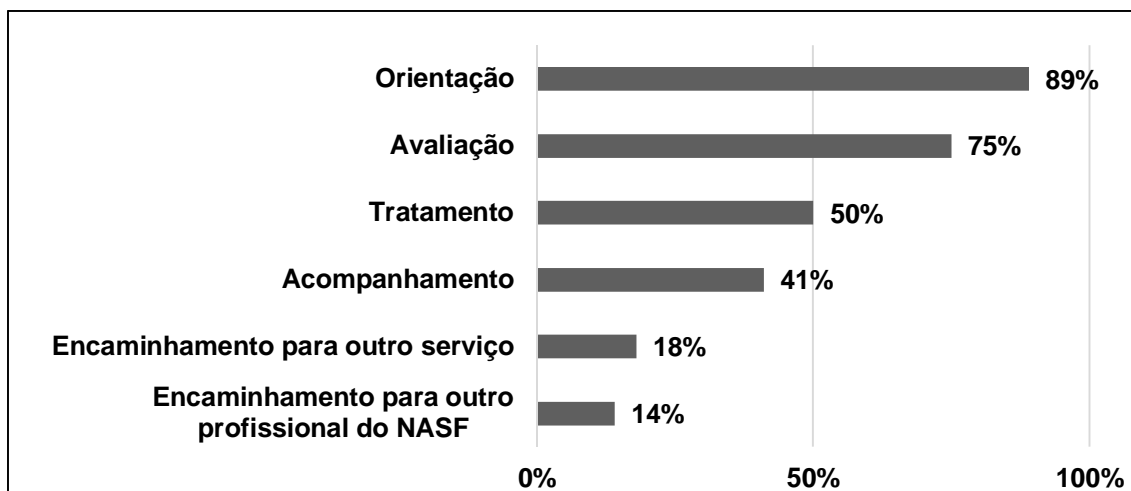


NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Dentre as categorias profissionais que compõe a equipe do NASF, o educador físico foi a única que não apresentou nenhum atendimento aos indivíduos deste estudo. Dentre os 55 (55%) indivíduos que foram atendidos por algum profissional do NASF, identificou-se que a categoria profissional com a maior número de atendimentos foi o fisioterapeuta, que atendeu n=44 indivíduos (80% dos que receberam atendimento do NASF). Foi identificado também que o primeiro atendimento prestado a 31 (57%) desses indivíduos foi realizado pelo fisioterapeuta.

A partir da caracterização do atendimento fisioterapêutico verificou-se que as condutas mais comuns foram a orientação (em 89% dos casos) e a avaliação (em 75% dos casos). A metade do serviço fisioterapêutico ofertado foi o tratamento (em 50% dos casos), seguido de acompanhamento fisioterápico (em 41% dos casos) (FIGURA 3).

Figura 3. Porcentagem de atendimento realizado pelo Fisioterapeuta do NASF aos indivíduos pós AVC de acordo com os registros nos prontuários das UBS.



NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Sendo o fisioterapeuta o profissional do NASF que prestou atendimento ao maior número de indivíduos da amostra, os indivíduos incluídos foram separados em dois grupos: com (n=44) e sem (n=56) atendimento pelo fisioterapeuta. Considerando estes dois grupos, o nível de incapacidade segundo a Escala Modificada de Rankin ($p < 0,001$) e o número de eventos do AVC ($p < 0,001$) foram as únicas variáveis que apresentaram diferença significativa entre eles (Tabela 2). Os indivíduos atendidos pelo fisioterapeuta apresentaram, significativamente, maior nível de incapacidade e mais de um evento de AVC.

Tabela 2 É Comparação das variáveis sociodemográficas e clínicofuncionais entre os grupos com e sem atendimento pelo fisioterapeuta.

Variáveis	Classificação	Atendidos pela Fisioterapia (n=44)	Não atendidos pela Fisioterapia (n=56)	Valor de p
Sexo	Feminino	27 (61%)	30 (54%)	$p=0,435$
Idade	Média±DP (intervalo, anos)	69±57 (39- 94)	65±92 (21- 91)	$p=0,378$
Escolaridade	Não sabe ler/escrever Nenhuma, mas sabe ler/escrever Primário incompleto Primário completo Ginásio completo Colegial completo Não informado	9 (20%) 1 (2%) 14 (32%) 17 (39%) 1 (2%) 2 (5%) 0 (0%)	14 (25%) 0 (0%) 11(20%) 18 (32%) 5 (9%) 7 (12%) 1 (2%)	$p= 0,329$
Nível socioeconômico [‡]	A1 A2 B1 B2 C1 C2 D E	0 (0%) 0 (0%) 2 (4%) 6 (14%) 16 (36%) 10 (23%) 9 (21%) 1 (2%)	0 (0%) 0 (0%) 2 (4%) 7 (12%) 23 (41%) 15 (27%) 7 (12%) 2 (4%)	$p= 0,797$
Possui plano privado de saúde	Não	37 (84%)	42 (75%)	$p= 0,268$
Nível de incapacidade [†]	Algum grau de incapacidade Sem incapacidade significativa	39 (89%) 5 (11%)	39 (68%) 17 (32%)	$p <0,001^*$
Número de eventos	1 >1	26 (59%) 18 (41%)	44 (79%) 12 (21%)	$p <0,001^*$
Número de doenças associadas	0 1 a 3 >3	2 (4%) 14 (32%) 28 (64%)	1 (2%) 23 (41%) 32 (57%)	$p=0,324$
Tempo de evolução do AVC	Média±DP (intervalo)	47±43 (6 -300)	72±18 (7-375)	$p=0,084$

Nota: ‡Critério de classificação econômica do Brasil (ABEP); [†]Escala Modificada de Rankin;
*Diferença estatisticamente significativa.

4 DISCUSSÃO

Este estudo descreveu e analisou a assistência prestada pelos profissionais do NASF aos indivíduos pós AVC usuários de quatro UBS de Belo Horizonte/MG. Dos indivíduos identificados, um pouco mais da metade (55%) apresentou registro no prontuário de atendimento por algum profissional do NASF, exceto o educador físico, o único profissional que não apresentou registro de atendimento nos prontuários analisados. O fisioterapeuta foi o profissional com maior número de indivíduos atendidos e, por isso, os seus atendimentos foram analisados detalhadamente. Considerando a caracterização dos atendimentos fisioterapêuticos, a orientação foi a conduta mais frequente, seguida da avaliação e do tratamento fisioterapêutico. Verificou-se que maior nível de incapacidade, segundo a Escala Modificada de Rankin, e maior número de episódios de AVC, diferenciaram significativamente o grupo de indivíduos que recebeu atendimento do fisioterapeuta do grupo que não recebeu atendimento por este profissional.

O primeiro resultado em discussão é o percentual dos indivíduos identificados pelos profissionais da UBS como pacientes pós AVC. No presente estudo, 11% (n= 18) dos indivíduos identificados por estes profissionais na verdade não possuíam este diagnóstico clínico. As dificuldades dos profissionais da saúde em identificar o paciente pós AVC, assim como suas necessidades clínicas, também foi reportada por Neves *et al.* (2004). Estes autores desenvolveram um estudo descritivo sobre as dificuldades encontradas por diferentes profissionais para a oferta dos cuidados necessários a indivíduos pós AVC em diferentes hospitais e centros de reabilitação. Estes profissionais foram: enfermeiro, médico, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social. Entre os profissionais participantes do estudo, 58% relataram dificuldades em identificar e respeitar o papel específico de cada membro da equipe no manejo do indivíduo pós AVC. Além disso, 66% dos profissionais disseram não ter recebido qualquer tipo de orientações por outros profissionais da saúde em relação ao paciente, o que dificulta a realização do trabalho interdisciplinar (NEVES *et al.*, 2004). Os autores apontaram ainda que a maior parte dos profissionais (85%) apresentava dificuldades diversas em relação ao tema AVC e necessitavam de

informações da área (NEVES *et al.*, 2004). Neste mesmo estudo, 84% dos profissionais relataram não utilizar guias clínicos de recomendações para o cuidado de saúde a estes indivíduos (NEVES *et al.*, 2004). Estes resultados demonstram a necessidade da educação continuada dos profissionais da saúde sobre o AVC, para que eles sejam capazes de identificar o indivíduo pós AVC e oferecer a ele um serviço de qualidade de atenção à saúde, envolvendo a prevenção da recorrência do AVC, de agravos a saúde e incapacidades, assim como a recuperação e a promoção da saúde e da funcionalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No presente estudo, a quantidade de indivíduos do sexo feminino foi similar à do sexo masculino e a média de idade dos participantes foi de 68 anos. A distribuição homogênea do sexo entre os pacientes pós AVC também foi relatada por Leite *et al.* e Ribeiro *et al.* em estudos que descreveram o perfil dos pacientes pós AVC usuários de uma UBS nas cidades de João Pessoa/PB e de Diamantina/MG (RIBEIRO *et al.*, 2013; LEITE; NUNES, CORREA, 2009). A idade média dos participantes nestes estudos foi de respectivamente 67 e 63 anos. Estudos epidemiológicos brasileiros relatam que a prevalência do AVC é maior em indivíduos idosos, sendo a incidência de incapacidades e óbitos maior em idades superiores a 70 anos (SANTANA *et al.*, 2018; DANTAS *et al.*, 2019). Em relação ao perfil clínico dos indivíduos, a maioria dos participantes relatou ter sofrido um único evento de AVC, sendo o mais frequente o AVC do tipo isquêmico. Estes resultados se assemelham aos descritos em outros estudos em que foi avaliado o perfil clínico de indivíduos pós AVC usuários da UBS (RIBEIRO *et al.*, 2012; LEITE *et al.*, 2009; FARIA; ARAÚJO; CARVALHO-PINTO 2017, RIBEIRO *et al.*, 2013). Assim os dados relacionados à caracterização da amostra foram semelhantes entre os indivíduos deste estudo com os participantes de outros estudos similares relacionados à assistência de indivíduos pós AVC usuários da UBS.

A maioria dos indivíduos incluídos possuía três ou mais doenças associadas ao AVC como diabetes, hipertensão, dislipidemias e problemas cardíacos. A prevalência de doenças associadas é comum em indivíduos com AVC. Estas doenças são consideradas como fatores de risco para o evento do AVC. Entretanto, sabe-se que o manejo destes fatores de risco é capaz de reduzir ou evitar parte dos casos de AVC (LIMA *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*,

2008; GUZIK; BUSHNELL 2017). Portanto, é recomendado às equipes de saúde que os cuidados sejam promovidos multidisciplinarmente na promoção de hábitos saudáveis e na educação do usuário para controle dos fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Quanto ao nível de incapacidade, de acordo com a EMR, quase a totalidade (98%) da amostra apresentou algum grau de incapacidade. Em relação à classificação do grau de incapacidade, a maioria dos indivíduos (65%) foi classificada como tendo nenhuma incapacidade significativa ou incapacidade leve ou incapacidade moderada. Esta proporção é semelhante a identificada no estudo de Carvalho-Pinto; Faria (2016), em que foi avaliada a funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos pós AVC de uma UBS da cidade de Belo Horizonte/MG. Os autores identificaram que 53% dos indivíduos possuíam incapacidade moderada a leve segundo a EMR (CARVALHO-PINTO; FARIA; 2016). Estes dados corroboram com estudos epidemiológicos prévios, demonstrando que a maioria dos indivíduos pós AVC cursam com algum tipo de incapacidade (YOUNG, 2007; AQUEVEQUE *et al.*, 2016).

O perfil socioeconômico dos participantes identificou que a maioria não possuía plano privado de saúde e foram classificados, segundo o critério ABEP, nas classes C, D ou E, que representam níveis econômicos, de escolaridade e de poder aquisitivo inferiores. Estes resultados também são apresentados em um estudo prévio desenvolvido por Lima *et al.*, na cidade de Rio Branco, no estado do Acre, que identificou que 84% dos indivíduos pós AVC não possuíam plano privado de saúde, 72% não possuíam ensino médio completo e 90% possuíam renda inferior a três salários mínimos (LIMA *et al.*, 2015). Sabe-se, também, que a incidência de fatores de risco para o AVC é maior na população com menores níveis econômicos (COX *et al.*, 2006). Além disso, estudos demonstram maior taxa de mortalidade e maior incidência de incapacidade após o AVC, em indivíduos com menores níveis econômicos e de escolaridade (COX *et al.*, 2006; JOHNSTON *et al.*, 2009, FERNANDES *et al.*, 2012).

Quanto ao atendimento dos profissionais do NASF aos indivíduos pós AVC, apenas um pouco mais da metade dos prontuários analisados (55%) apresentaram o registro deste atendimento. Chama a atenção o fato de 45% dos participantes na fase crônica do AVC não terem recebido nenhum

atendimento dos profissionais do NASF, mesmo sendo identificado que 98% desses indivíduos apresentavam algum grau de incapacidade segundo a EMR. A *Linha de Cuidados em AVC* preconiza que, após a alta hospitalar, o indivíduo seja acolhido na UBS e seu caso seja discutido pela equipe do NASF para avaliar as necessidades de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012). Dessa forma, esperava-se encontrar ao menos um registro de atendimento pela UBS para cada indivíduo. Resultado similar já foram reportados por outros estudos desenvolvidos com indivíduos pós AVC usuários da UBS (FARIA; ARAÚJO; CARVALHO-PINTO, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2012). Este conjunto de resultados ilustra que existem dificuldades para que as recomendações do próprio Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) sejam executadas pelos profissionais do SUS. Dada a importância do serviço prestado por estes profissionais aos indivíduos pós-AVC, estudos futuros que identifiquem os motivos associados a essas dificuldades devem ser desenvolvidos.

Entre os profissionais que compõem o NASF, o educador físico foi a única categoria profissional sem registro de atendimento prestado aos indivíduos pós AVC. Diversas dificuldades são apontadas na inclusão do educador físico na equipe do NASF, dentre elas: a falta de conhecimento por parte da equipe do NASF sobre o papel do educador físico, o baixo percentual de profissionais atuantes nesta área e a falta da abordagem sobre o trabalho multiprofissional em equipes de saúde pública na sua formação, que ainda é prioritariamente focada no treinamento esportivo. (SILVA *et al.*, 2018; FALCI; BELISARIO, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2013). Sabe-se que o nível de atividade física de indivíduos pós AVC é menor quando comparada ao de indivíduos saudáveis (SIMÕES *et al.*, 2017; FIELD *et al.*, 2013; RAND *et al.*, 2009; SAUNDERS *et al.*, 2020; PACHECO, 2016). Assim, a assistência deste profissional a estes indivíduos é essencial, uma vez que, o educador físico exerce um importante papel na promoção à saúde, na adoção de um estilo de vida ativo, na prevenção e controle de doenças crônicas como o AVC, e na atenuação dos efeitos deletérios da inatividade física (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

Em relação aos indivíduos pós AVC atendidos pelos profissionais do NASF, a maior parte teve o primeiro atendimento realizado pelo fisioterapeuta,

que também foi o profissional do NASF que registrou atendimento ao maior número de indivíduos. O mesmo resultado foi encontrado por estudos prévios que descreveram sobre o acesso à reabilitação de indivíduos pós AVC na UBS (RIBEIRO *et al.*, 2012; FARIA, ARAÚJO, CARVALHO-PINTO 2017). O fisioterapeuta é reconhecidamente um dos profissionais essenciais para os cuidados à saúde e funcionalidade na UBS, inclusive dos indivíduos pós AVC (WIKSTRÖM-GROTELL; ERIKSSON, 2012; SOUZA *et al.*, 2020). A maior prevalência da assistência fisioterapêutica aos participantes da amostra pode estar associada a diversos fatores, dentre eles a alta prevalência de deficiências motoras em indivíduos pós AVC (LI, 2017), as quais são rotineiramente associados ao cuidado fisioterapêutico. Entretanto, sabe-se que para que o cuidado em saúde da população pós AVC se estabeleça de forma integral, é fundamental que estejam presentes diferentes profissionais em seu processo de reabilitação, somando os saberes de diferentes áreas de atuação para favorecer o seu bem-estar físico e emocional através do trabalho multidisciplinar e colaborativo no estabelecimento de metas, no planejamento dos cuidados e nas tomadas de decisões clínica (CLARKE; FORSTER, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em relação a descrição do atendimento prestado pelo fisioterapeuta do NASF, verificou-se que a conduta mais frequente foi a orientação. Sugere-se que esta conduta apresentou o resultado relevante, pois está em consonância com as ações de reabilitação preconizadas pela portaria do NASF, que recomenda, dentre outras ações, que os profissionais sejam capazes de disseminar informações com o objetivo de prevenir riscos à saúde, proteger as vulnerabilidades e fomentar a prática do autocuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A orientação é um modo de encorajar o usuário a prática do autocuidado em saúde e segue o modelo de empoderamento que é amplamente utilizado no manejo das doenças crônicas na UBS (FARIA; ARAÚJO, CARVALHO-PINTO, 2017; MENDES, 2012). Entretanto, como descrito por Mendes (2012), para que autocuidado seja efetivo, sobretudo nas condições crônicas de saúde, como o AVC, é necessário que o indivíduo receba estratégias de apoio, como o estabelecimento de metas e o monitoramento do seu estado de saúde (MENDES, 2012). Recomenda-se aos

profissionais de saúde que é fundamental após orientar seu paciente, o acompanhamento de sua evolução clínica (MENDES, 2012).

O registro de avaliação fisioterapêutica foi identificado em 75% (n=33) dos prontuários. A avaliação é uma etapa fundamental na identificação do problema de saúde e na elaboração de uma conduta fisioterapêutica adequada para o perfil de funcionalidade e os objetivos de cada indivíduo (LIANO *et al.*, 2013). Por isso, apesar de a maioria dos prontuários terem registro da avaliação, era esperado que todos os prontuários apresentassem a descrição de que a avaliação foi realizada, uma vez que ela é fundamental no direcionamento do profissional quanto a melhor intervenção a ser realizada junto ao paciente.

O acompanhamento dos indivíduos pós AVC ocorreu em 41% dos casos, o que pode indicar a falta de assistência longitudinal pelos fisioterapeutas. Esse resultado também foi identificado por Souza *et al.* (2013), cujo estudo, objetivou compreender os desafios da prática fisioterapêutica no NASF. Os autores relataram que entre as dificuldades para estabelecer o acompanhamento do tratamento do indivíduo pós AVC está associada, principalmente, o número insuficiente de fisioterapeutas diante da alta demanda na UBS (SOUZA *et al.*, 2013). O acompanhamento do indivíduo, sobretudo através das visitas domiciliares permite que o profissional compreenda a dinâmica familiar em que o processo de reabilitação irá ocorrer, tornando possível que as orientações sejam eficazes dentro do contexto de cada família (SOUZA *et al.*, 2013).

A prática do encaminhamento para outro serviço de atenção à saúde ocorreu em 14% dos atendimentos fisioterapêuticos. O encaminhamento feito pelos profissionais das UBS para outros níveis de atenção à saúde deve ser realizado de acordo com a necessidade de cada caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A baixa prevalência do encaminhamento encontrada em nosso estudo pode sugerir que os níveis de atenção do SUS ainda podem estar sendo considerados pelos trabalhadores da rede como responsabilidades individuais e fragmentadas (MACEDO; MARTIN 2014). A fragmentação dos sistemas de saúde ainda é muito encontrada no SUS, o que impossibilita a comunicação entre os diversos níveis de atenção à saúde, que trabalham

excessivamente de modo isolado, desfavorecendo o acompanhamento contínuo do paciente (MENDES, 2011; MENDES, 2009).

O encaminhamento a outro profissional do NASF também foi pouco frequente podendo ser um reflexo da dificuldade encontrada quanto ao entendimento e a implementação do trabalho multiprofissional na UBS (FERTONANI, *et al.* 2015). Apesar de ser atribuído ao NASF ações interdisciplinares capazes de promover, prevenir e reabilitar à saúde individual e coletiva, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), os profissionais que o compõe ainda encontram dificuldades em romper a ótica do trabalho fragmentado (FERTONANI *et al.*, 2015). Além disso, as diversas áreas de conhecimento envolvidas na reabilitação pós AVC ainda encontram dificuldades em identificar a especificidade de cada profissional no serviço oferecido aos usuários (NEVES *et al.*, 2004). Dessa forma torna-se necessário que os profissionais inseridos na equipe multiprofissional possam realizar atividades conjuntas, esforçando em ampliar o diálogo contínuo focado no paciente, compreendendo e valorizando o papel de cada profissional na sua recuperação (CLARKE; FORSTER, 2015).

A análise entre os grupos de indivíduos pós AVC que receberam e não receberam atendimento fisioterápico do NASF identificou que as variáveis: número de eventos do AVC e a nível de incapacidade, segundo a Escala Modificada de Rankin, foram estatisticamente diferentes entre os grupos. Carmo *et al.* (2015) descreveram em uma revisão sistemática que a recorrência do AVC está associada a incidência de maior incapacidade na população pós AVC. Além disso, a recorrência do AVC somado ao baixo nível de atividades físicas foram associadas à piores prognósticos em longo prazo após um AVC (CARMO *et al.*, 2015). Pode-se considerar que estes fatores podem direcionar ou priorizar o atendimento dos profissionais da fisioterapia do NASF aos indivíduos pós AVC. Este resultado também reitera a necessidade de que estes indivíduos sejam orientados quanto os cuidados para prevenir a recorrência do AVC, e que as ações de prevenção sejam planejadas e executadas na UBS. As UBS são a porta de entrada preferencial do SUS e possuem responsabilidade no acompanhamento longitudinal dos seus usuários, como preconizado pela *Linha de Cuidados* e por Guias Clínicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; PINDUS, 2016). Por isso,

devem executar ações de prevenção de agravos à saúde e de incapacidades, assim como promover a recuperação e a promoção da saúde e da funcionalidade de forma eficaz e resolutiva (MENDES, 2012; CARVALHO-PINTO; FARIA; 2106; PINDUS, 2016).

As outras variáveis analisadas (nível socioeconômico, escolaridade e possuir plano privado de saúde) não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos de indivíduos pós AVC que receberam e não receberam atendimento fisioterápico do NASF. Dados reportados pela literatura apontam para o aumento da incidência de AVC e dos fatores de risco para o AVC em populações carentes socioeconomicamente (COX *et al.*, 2006; IAIN *et al.*, 2015; Santana *et al.*, 2018). Além disso, níveis socioeconômicos inferiores estão associados a diminuição da oferta de cuidados hospitalares e serviços de reabilitação de boa qualidade aos pacientes pós AVC (COX *et al.*, 2006; IAIN *et al.*, 2015). Contudo, segundo os resultados do presente estudo, este fato não direcionou a assistência fisioterapêutica, uma vez que não houve diferença entre os grupos analisados quanto ao nível socioeconômico. Segundo estudos prévios, a população brasileira usuária do SUS apresenta menores níveis de renda e escolaridade (RIBEIRO *et al.*, 2003; GUIBU *et al.*, 2017) e isso foi observado em ambos os grupos analisados: a maioria dos indivíduos pertencia as classes econômicas C, D ou E, que indicam menores níveis socioeconômicos. Além disso, a distribuição dos indivíduos quanto ao nível socioeconômico e de escolaridade foi semelhante entre os grupos, o que deve ser considerado na análise deste resultado.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. Os dados foram coletados a partir da leitura do prontuário dos pacientes, entretanto, apesar de ser um documento oficial, ainda há muitos problemas associados ao registro no prontuário. Sabe-se que o registro do prontuário nem sempre apresenta o detalhamento da conduta feita pelo profissional e, muitas vezes, este documento é superficialmente preenchido nos serviços de saúde ou até mesmo não é preenchido (SILVA *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2018). Além disso, este estudo aborda os resultados encontrados em quatro UBS de uma mesma cidade e, por isso, os resultados aqui encontrados não podem ser amplamente generalizados.

Apesar das limitações deste estudo, os resultados encontrados são importantes para conhecer o atendimento dos profissionais do NASF aos indivíduos pós AVC. Ainda é pouco descrito na literatura o cuidado em saúde neste nível de atenção à saúde para a população pós AVC. Apesar disso, sabe-se que as UBS são essenciais na ampliação da resolutividade do SUS. Dessa forma, a identificação de pontos fracos e fortes nos serviços da UBS pode contribuir para melhorar a assistência à saúde.

A caracterização do atendimento do fisioterapeuta e a identificação de indivíduos atendidos permite a reflexão sobre suas intervenções no NASF. A comparação entre os grupos torna possível a compreensão do nível de incapacidade e acometimento como fator determinante para a prestação do serviço deste profissional. Estas considerações podem ser utilizadas para aprimorar os serviços oferecidos pelo NASF aos indivíduos pós AVC, possibilitando que recomendações clínicas para esta população possam ser implementadas.

5 CONCLUSÃO

O atendimento do NASF aos indivíduos pós AVC apresentou-se insuficiente, pois apenas 65% dos indivíduos receberam atendimento por algum profissional da equipe após o evento. O perfil de atendimento do fisioterapeuta, profissional que atendeu a maior quantidade de indivíduos, demonstrou que este profissional tem utilizado de uma estratégia de intervenção amplamente utilizada na UBS: a orientação. Apesar disso, a falta do registro da avaliação fisioterapêutica e o baixo percentual de indivíduos acompanhados sugerem que melhorias no atendimento precisam ser realizadas. A análise dos grupos de indivíduos atendidos e não atendidos pelo fisioterapeuta mostrou que as únicas variáveis que apresentaram diferença significativa entre os grupos foram maior número de eventos de AVC e maior nível de incapacidade pós AVC. Isto sugere que, indivíduos mais acometidos são provavelmente aqueles que vem recebendo tratamento fisioterapêutico pelo NASF nas UBS da cidade de Belo Horizonte. Contudo, sabe-se da importância dos cuidados em saúde para todos os indivíduos acometidos pelo AVC, afim de que, as recomendações clínicas já postuladas sejam cumpridas, o que sugere a necessidade de ampliação dos atendimentos realizados pelo NASF a esta população.

REFERÊNCIAS

ABEP - **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa** – 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em 13 de maio 2020.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio, CASTRO Cláudio Gastão Junqueira; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos Sanitários: concepção e organização**, volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania. Disponível em:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:60MNHluEhEJ:w ww.saude.mt.gov.br/arquivo/2948+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em outubro 2019.

ALVES, Kisna Yasmin Andrade *et al.* Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 1, p. 79-86, Feb. 2018. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000100079&lng=en&nrm=iso. access on 13 June 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800012>.

AQUEVEQUE, Pablo; ORTEGA, Paulina; PINO, Esteban; SAAVEDRA, Francisco; GERMANY, Enriqu; GÓMEZ, Britam. After Stroke Movement Impairments: A Review of Current Technologies for Rehabilitation, **Physical Disabilities** - Therapeutic Implications. June 14th 2017 Available from <https://www.intechopen.com/books/physical-disabilities-therapeutic-implications/after-stroke-movement-impairments-a-review-of-current-technologies-for-rehabilitation>. Acesso em 12 de junho de 2020. DOI: 10.5772/67577

ARAÚJO, A. P. S., SILVA, P. C. F., MOREIRA, R. C. P. S., BONILHA, S. F. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com acidente vascular encefálico atendidos no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da UNIPAR, campus sede. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 35-42, jan./abr. 2008. Disponível em <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/2226/1838> Acesso em 18 de mar de 2020.

BARROS Idarlei de Costa. **A importância da Estratégia de Saúde da Família: contexto histórico**. 2014. 34. (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Especialização em Atenção Básica e Saúde Coletiva) Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Teófilo Otoni, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf> . Acesso em 20 de abril de 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília-DF,

2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf Acesso em 30 de novembro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf> Acesso em 30 de novembro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em 14 de setembro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf Acesso em 29 de outubro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 50 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de Saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 72p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf Acesso em 15 de novembro de 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso. Access on 16 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CARMO, Julia Fabres do *et al.* Disability after stroke: a systematic review. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 28, n. 2, p. 407-418, June 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502015000200407&lng=en&nrm=iso. access on 22 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-5150.028.002.AR02>.

CARVALHO-PINTO, Bárbara P. B.; FARIA, Christina D. C. M. Health, function and disability in stroke patients in the community. **Braz. J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 355-366, Aug. 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552016000400355&lng=en&nrm=iso. access on 23 Mar. 2020. Epub June 20, 2016. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0171>.

CLARKE DJ, FORSTER A. Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. **J Multidiscip Healthc.**, v.8, p.433-442, 2015. Published 2015 Sep 22. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590569/>. Acesso em 21 de maio de 2020. doi:10.2147/JMDH.S68764.

COX AM, MCKEVITT C, RUDD AG, WOLFE CD. Socioeconomic status and stroke. **Lancet Neurol.**, v.5, p.181-8, 2006. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16426994> Acesso em 23 de mar de 2020. DOI: [10.1016/S1474-4422\(06\)70351-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70351-9)

DANTAS LF, MARCHESI JF, PERES IT, HAMACHER S, BOZZA FA, QUINTANO NEIRA RA (2019) Public hospitalizations for stroke in Brazil from 2009 to 2016. **PLoS ONE** v.14, n.3, p. e0213837. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0213837#:~:text=In%20Brazil%2C%20stroke%20was%20responsible,in%20the%20world%20%5B6%5D>. Acesso em 17 de junho e 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213837>

DE BRITO, RG *et al.* Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.533-535, 2013. Disponível em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/850revisao.pdf> Acesso em 25 de janeiro de 2020. doi: 10.4181/RNC.2013.21.850.7p.

FALCI, Denise Mourão; BELISARIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-899, Dec. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832013000400010&lng=en&nrm=iso. Access on 19 May 2020. Epub Nov 26, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000027>.

FARIA, Christina Danielli Coelho de Moraes; ARAUJO, Danielle Campos; CARVALHO-PINTO, Bárbara Paula de Barros. Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 30, n. 3, p. 527-536, Sept. 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010351502017000300527&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Dezembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.003.ao11>.

FERNANDES, Tiótrefis G. *et al.* Educational levels and the functional dependence of ischemic stroke survivors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 8, p. 1581-1590, Aug. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000800016&lng=en&nrm=iso. access on 23 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000800016>

FERTONANI, Hosanna Pattrig *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso. access on 20 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FIGUEIREDO Elizabeth Niglio. **A Estratégia da Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS/UNIFESP. 2012. Disponível em <https://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/10234> Acesso em 20 de março de 2019.

GUIBU, Ione Aquemi *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, supl. 2, 17s, 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102017000300306&lng=en&nrm=iso. access on 13 June 2020. Epub Nov 13, 2017. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007070>.

GUZIK Amy; BUSHNELL Cheryl. Stroke Epidemiology and Risk Factor Management. **Cerebrovascular Disease**, v.23, n.1, p. 15-39, 2017. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28157742> Acesso em 06 de dezembro de 2018. doi: 10.1212/CON.0000000000000416.

JOHNSON, Walter; ONUMA, Oyere; OWOLABI, Mayowa; SACHDEV, Sonal. (2016). Stroke: a global response is needed. **Bulletin of the World Health Organization**, v.94, n.9, p.634 - 634A. World Health Organization. Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/271972>. Acesso em 06 de dezembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.181636>

JOHNSTON SC, MENDIS S, MATHERS CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. **Lancet Neurol** v.8, p.345-54, 2009. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19233730> Acesso em 23 de mar de 2020. DOI: [10.1016/S1474-4422\(09\)70023-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70023-7)

KAMAKURA, WAGNER; MAZZON, JOSÉ AFONSO. Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 55-70, Feb. 2016 .Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

75902016000100055&lng=en&nrm=iso. access on 09 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020160106>.

KATAN, Mira; LUFT, Andreas. Global Burden of Stroke. **Semin Neurol** v.38, n.2, p.208-211, 2018. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29791947>. Acesso em 10 de janeiro de 2019. DOI: 10.1055/s-0038-1649503.

KIM, [Joosup](#); THAYABARANATHAN, [Tharshanah](#); DONNAN, [Geoffrey A](#); HOWARD, [George](#); HOWARD, [Virginia J](#); ROTHWELL, [Peter M](#); [FEIGIN Valery](#), NORRVING, [Bo](#); OWOLAB, [Mayowa](#); PANDIAN, [Jeyaraj](#); LIU, [Liping](#); [CADILHAC, Dominique A](#); THRIFT, [Amanda G](#). **Global Stroke Statistics 2019**. Available from <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1747493020909545> Acesso em 18 de mar de 2020. <https://doi.org/10.1177%2F1747493020909545>

LANGHORNE P, COUPAR F, POLLOCK A. Motor recovery after stroke: a systematic review. **Lancet Neurol.**, v.8, n.8, p.741-754, 2009. doi:10.1016/S1474-4422(09)70150-4. Disponível em https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19608100/?from_term=+LOSS+OF+MOTOR+FUNCTION+AFTER+STROKE&from_pos=1 Acesso em 13 de junho de 2020

LEITE, Hércules Ribeiro; NUNES, Ana Paula Nogueira; CORREA, Clynton Lourenço. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na estratégia de saúde da família em Diamantina, MG. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 34-39, Mar. 2009. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000100007&lng=en&nrm=iso. access on 23 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502009000100007>.

Li S (2017) Spasticity, Motor Recovery, and Neural Plasticity after Stroke. **Front. Neurol.**, v.8, p.120. Disponível em <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2017.00120/full> Acesso em 13 de junho de 2020. doi: 10.3389/fneur.2017.00120

LIMA CMG, SILVA HPW, SOUZA PAS, AMARAL TLM, PRADO PR. Características epidemiológicas e clínicas dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. **J Health Sci Inst.**, v.33, n.1, p.45-9, 2015. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/01_jan-mar/V33_n1_2015_p45a49.pdf Acesso em 18 de mar de 2020.

LLANO, J., MIRANDA, H., FELIPPE, L., ANDRADE, L., SILVA, T., & CHRISTOFOLETTI, G. (2013). Investigação dos métodos avaliativos utilizados por fisioterapeutas na especificidade da neurologia funcional. **Fisioterapia E Pesquisa**, v.20, n.1, p.31-36, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502013000100006>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/78344>

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 647-660, Dec. 2014. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000400647&lng=en&nrm=iso. access on 21 Mar. 2020. Epub Sep 30, 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0597>

MARSHALL, Iain J; WANG; Yanzhong, CRICHTON, Siobhan; MCKEVITT, Christopher; RUDD, Anthony G; WOLFE, Charles D A. The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. **Lancet Neurol** v.14, p.1206–18, 2015. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(15\)00200-8/fulltext#seccesstitle160](https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(15)00200-8/fulltext#seccesstitle160) Acesso em 13 de junho de 2020.

MATTHEW J. Field; GEBRUERS, Nick; SUNDARAM, Thavapriya Shanmuga; NICHOLSON, Sarah; MEAD, Gillian. Physical Activity after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. Hindawi Publishing Corporation. **ISRN Stroke**, 2013, Article ID 464176, 13 pages. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/464176/#copyright> Acesso em 10 de junho de 2020. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/464176>.

MELO L. S., EMRICK L. M. S., ALVES P. N. M., ROCHA T. B., GOVEIA V. R., GUIMARÃES G. L., MENDOZA I. Y. Acidente vascular cerebral: achados clínicos e principais complicações. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 48-53, abr./jun., 2016. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/312400857_Acidente_vascular_cerebral_achados_clinicos_e_principais_complicacoes Acesso em 04 de dezembro de 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso. access on 13 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7839>. Acesso em 20 março de 2020. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.7839>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf> Acesso em 15 de maio de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. Portal da Saúde. **Política nacional de atenção básica: 2012**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 8 Set. 2018. Acesso em 20 de setembro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleo de Apoio à Saúde da Família- Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**, n.39. Brasília-DF-2014. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_ca_b39.pdf> Acesso em 15 de julho de 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Práticas em Reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território**. Brasília-DF. 2017. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/praticas_reabilitacao_ab.pdf Acesso em 25 de agosto de 2019.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso. access on 10 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

NEVES, PP; FONTES, Sissy Veloso; FUKUJIMA, Márcia Maiumi; MATAS, Sandro Luis de Andrade; PRADO, Gilmar Fernandes. Profissionais da saúde, que assistem pacientes com acidente vascular cerebral, necessitam de informação especializada. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 173-81, 2004. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2004/Pages%20from%20RN%2012%2004.pdf>. Acesso em 18 de mar de 2020. doi:10.4181/RNC.2004.12.173.

OVBIAGELE, NGUYEN-HUYNH. Stroke epidemiology: advancing our understanding of disease mechanism and therapy. **Neurotherapeutics**, v.8, n.3, p.319-29, 2011. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21691873/> Acesso em 18 de mar de 2020. DOI: 10.1007/s13311-011-0053-1.

PINDUS DM, Lim L, RUNDELL AV, *et al*. Primary care interventions and current service innovations in modifying long-term outcomes after stroke: a protocol for a scoping review. **BMJ Open** v.6, e012840, 2016. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27798023/> Acesso em 26 de junho de 2020. doi:10.1136/bmjopen-2016-012840.

PEREIRA, S; COELHO, FB; BARROS, H. Acidente vascular cerebral: hospitalização, mortalidade e prognóstico. Serviço de Higiene e Epidemiologia. Faculdade de Medicina do Porto. Porto v.17, p.187-192, 2004. Disponível em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:a37eZk7YcpgJ:h>

<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1089/754+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em 11 de janeiro de 2019.

QUINN TJ, DAWSON J, WALTERS MR, LEES KR. Reliability of the modified Rankin Scale: a systematic review. **Stroke**. v.40, n.10, p.3393-3395, 2009. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19679846/> Acesso em 15 de maio de 2020. doi:10.1161/STROKEAHA.109.557256.

RAND, Debbie; ENG, Janice J; TANG, Pei-Fang; JENG, Jiann; HUNG, Shing Chihya. How Active Are People With Stroke? Use of Accelerometers to Assess Physical Activity. **Stroke**, v.40, n.1, p.163-168, 2009. Disponível em <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/strokeaha.108.523621> Acesso em 10 de junho de 2020. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.523621>

REIS, Dener Carlos dos *et al.* Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, dez. 2012. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742012000400016&lng=pt&nrm=iso. acessos em 20 mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400016>.

RIBEIRO Kátia Suely Queiroz Silva, NEVES Robson da Fonseca, BRITO Geraldo Eduardo Guedes, SOUZA Kelienny de Meneses, LUCENA Eleazar Marinho de Freitas, BATISTA Hermínio Rafael Lopes. Acesso à reabilitação no pós- AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. PARAÍBA. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.3, p.699-712 jul./set. 2012. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n3/a3459.pdf>> Acesso em março de 2019.

RIBEIRO, K. S. Q. S., NEVES, R. da F., BRITO, G. E. G., MORAIS, J. D. de, LUCENA, E. M. de F., MEDEIROS, J. M. de, & MENDES, L. M. Perfil de usuários acometidos por acidente vascular cerebral adscritos à estratégia saúde da família em uma capital do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira De Ciências Da Saúde**, v.16, p.35-44, 2013. Recuperado de <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/16433>. Disponível em < <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/16433>> Acesso em 25 de abril de 2020.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, Dec. 2006. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000400022&lng=en&nrm=iso. access on 13 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400022>.

RODRIGUES, José Damião Rodrigues; FERREIRA Daniela Karina da Silva; SILVA Patrícia Andréia; CAMINHA Iraquitan de Oliveira; JUNIO, José

Cazuza de Farias. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde** Pelotas/RS, v.18, n.1, p.5-15, 2013. Disponível em <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/2390> Acesso em 19 de maio de 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12820/2317-1634.2013v18n1p5>.

SANTANA NM, SANTOS FIGUEIREDO FW, MELO LUCENA DM. *et al.* The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the Global Burden of Disease study findings. **BMC Res Notes.**, v.11, n.1, p.735, 2018. Published 2018 Oct 16. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192154/citedby/> Acesso em 17 de junho de 2020. doi:10.1186/s13104-018-3842-3.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos; UCHOA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, Sept. 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000300694&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.

SAUNDERS DH, SANDERSON M, HAYES S, JOHNSON L, KRAMER S, CARTER DD, JARVIS H, BRAZZELLI M, MEAD GE. Physical fitness training for stroke patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2020, Issue 3. Art. No.: CD003316. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003316.pub7/full/es#CD003316-abs-0008> Acesso em 10 de junho de 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD003316.pub7.

SCABAR TG, PELICIONI AF, PELICIONI MCF. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **J Health Sci Inst.**, v.30, n.4, p.411-8, 2012. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p411a418.pdf. Acesso em 20 mar. 2020.

SILVA EJA. **Reabilitação após o AVC**. Dr. Manuel Viana. 2010. 37. (Mestrado Integrado em Medicina Comunitária). Faculdade de Medicina. Universidade do Porto; Porto, 2010. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2020.

SILVA, Jefferson Carlos Araujo; SILVA Kamila Santos; NETO, Carlos Martins; SILVA, Thalita Cristinny Araujo; CAMPOS, Alexandre. Inclusão do educador físico na atenção primária à saúde: revisão integrativa. (2018). **SANARE, Sobral**, v.17, n.1, p.74-83, Jan./Jun., 2018. Available from <https://www.semanticscholar.org/paper/INCLUS%C3%83O-DO-EDUCADOR-F%C3%8DSICO-NA-ATEN%C3%87%C3%83%C3%81RIA-%C3%80-Silva>

[Silva/d7a16d5aa8b18e423c5e34ba9e73394cccfb9d83](https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1225). Acesso em 19 de maio de 2020. <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1225>.

SILVA, Ludimila Cristina Souza, PRADO, Marinésia Aparecida, BARBOSA, Maria Alves, RIBEIRO Danielle Perdigão Oliveira, LIMA Flávio Henrique Alves, ANDRADE Lorena Zenha, BEZERRA Ana Lúcia Queiroz, SILVA Ana Patricia Batista. Inconformidades acerca dos registros em prontuários: percepção dos trabalhadores de saúde da região central do Brasil. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2017. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1509>. Acesso em 13 de junho de 2020

SIMÕES, TFP; FERREIRA, AJ; MARTINS, JC; FARIA, CDCM. Nível de atividade física de usuários da atenção primária: comparação entre indivíduos saudáveis e pós acidente vascular cerebral. **Acta Fisiatr.**, v.24, n.2, p.56-61, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Casa/Downloads/153470-Texto%20do%20Artigo-328506-1-10-20190109.pdf> acesso em 20 mar. 2020. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20170011>.

SOUZA, Larissa Martins; BORGES, Alex Rodrigo. Importância da Fisioterapia no Programa de Saúde da Família e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família: revisão de literatura. **Scientia Generalis**, v. 1, n. 1, p. 1-13. 2020. Disponível em: <http://scientiageneralis.com.br/index.php/periodico/article/download/V1N1A1/1>. Acesso em: 21 de mar de 2020.

SOUZA, MC; BONFIM, AS; SOUZA, JN; FRANCO, TB. Fisioterapia e núcleo de apoio à saúde da família: conhecimento, ferramentas e desafios. **Rev O Mundo da Saúde**, v.37, n.2, p.176-84, 2013. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/fisioterapia_nucleo_apio_saude_familia.pdf Acesso em 23 de mar de 2020.

TADDEO, Patricia da Silva *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, Nov. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100009&lng=en&nrm=is. access on 21 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>.


WIKSTRÖM-GROTELL, C., & ERIKSSON, K. Movement as a basic concept in physiotherapy – A human science approach. **Physiotherapy Theory and Practice**, v.28, n.6, p.428–438, 2012. Disponível em: www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09593985.2012.692582?scroll=t&p&needAccess=true Acesso em 21 de mar de 2020. .doi:10.3109/09593985.2012.692582.

WINSTEIN, C. J., STEIN, J., ARENA, R., BATES, B., CHERNEY, L. R., CRAMER, S. C., DERUYTER, F., ENG, J. J., FISHER, B., HARVEY, R. L., LANG, C. E., MACKAY-LYONS, M., OTTENBACHER, K. J., PUGH, S., REEVES, M. J., RICHARDS, L. G., STIERS, W., & ZOROWITZ, R. D.

Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v.47, n.6, e98-e169, 2016. Available from <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/guidelines-for-adult-stroke-rehabilitation-and-recovery-a-guideli> Acesso em 11 de janeiro de 2019. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>.

YOUNG J; FORSTER A. Review of stroke rehabilitation. **BMJ**. v.334, p.8690, 2007. Available from: <https://www.bmj.com/content/334/7584/86>. Acesso em 14 de maio de 2020. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39059.456794.68>.

**Anexo 1 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

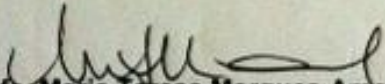
Projeto: CAAE -14038313.4.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Christina Danielli Coelho de Moraes Faria
Departamento de Fisioterapia
EEFFTO- UFMG**

DECISÃO

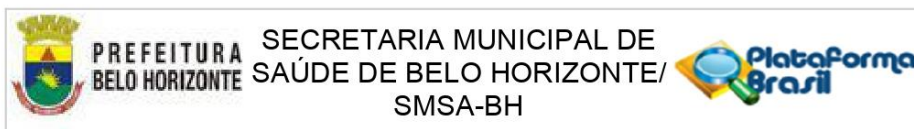
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 17 de abril de 2013, o projeto de pesquisa intitulado **"Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

Av. Páris, Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Cep: 31270-901 - BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 • e-mail: assp@cepsa.ufmg.br

Anexo 2 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte

Pesquisador: Christina Danielli Coelho de Moraes Faria

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14038313.4.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA ((UFMG))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 262.489

Data da Relatoria: 30/04/2013

Apresentação do Projeto:

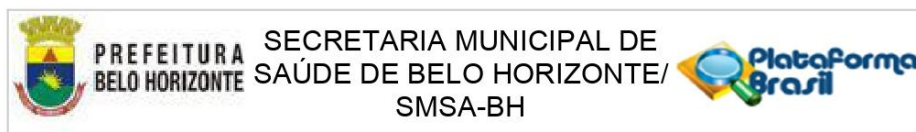
Trata-se de um estudo observacional exploratório, que pretende avaliar pacientes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) e atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte (UBS Cafezal, Leopoldo Crisóstomo, Primeiro de Maio e Venda Nova, visando ampliar os conhecimentos sobre as características, o perfil de funcionalidade, resposta pós-AVC e o impacto das intervenções terapêuticas feitas nas UBS. Serão incluídos 80 pacientes maiores com os seguintes critérios: diagnóstico clínico de AVC primário ou recorrente há mais de seis meses, viver na comunidade da área de abrangência das UBS's, ser usuário do SUS, com cadastro na UBS de sua área de abrangência; ter idade igual ou superior a 20 anos. Serão realizadas anamnese, exame físico e serão aplicadas escalas padronizadas e validadas no Brasil. Segundo os proponentes não há hipóteses estabelecidas devido a escassez de estudos prévios comparáveis a este.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos já acometidos pelo AVC e usuários do SUS e caracterizar o acompanhamento e cuidados oferecidos pela UBS e pelo NASF a esses indivíduos, tendo como referência quatro UBS's da cidade de Belo Horizonte.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 262.489

Horizonte, cada uma delas situada em um distrito sanitário: Venda Nova, Nordeste, Centro-Sul e Norte.

Objetivo Secundário:

- Identificar o acompanhamento e cuidados oferecidos pela UBS aos indivíduos já acometidos pelo AVC e usuários do SUS;
- Apontar as variáveis sócio-demográficas e clínicas que possam estar relacionadas ao nível funcional dos indivíduos já acometidos pelo AVC e usuários do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para o indivíduo são mínimos e se assemelham aqueles que o indivíduo está comumente exposto no seu dia a dia. O indivíduo poderá se sentir cansado durante a realização da avaliação, porém será dado a ele o tempo que for necessário para descanso. Além disso, a avaliação poderá ser interrompida pelo participante e uma nova data poderá ser marcada para continuar a avaliação. O local de avaliação será no domicílio do indivíduo ou na UBS, como lhe for mais conveniente.

Benefícios:

Os resultados deste estudo poderão contribuir para identificar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos pós AVC usuários do SUS. Poderão contribuir, também, para a prática clínica dos profissionais da reabilitação que lidam com estes indivíduos, indicando quais são as melhores formas de acompanhamento pela UBS para se alcançar melhora da funcionalidade e redução da incapacidade. Desta forma, alguns objetivos preconizados pela Linha de Cuidado em AVC poderão ser atendidos ou melhor abordados pelos serviços de saúde do SUS. ;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

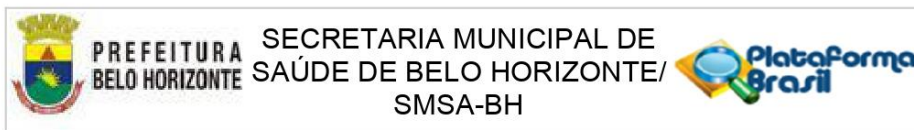
- O Projeto apresenta relevância, pertinência, e é oportuno para aprimoramento dos serviços de saúde;
- A Metodologia revela-se adequada ao objetivo proposto;
- O projeto cumpre a Res.196/1996 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a normatização vigente.

Não apresentou Roteiro de Entrevista, mas descreve detalhadamente no projeto os dados a serem colhidos

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 262.489

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 196/96, considera aprovado o projeto < Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte >.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 196/96. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br