Danielle Campos Araújo

PERFIL DO ATENDIMENTO FISIOTERÁPICO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA A INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2014

Danielle Campos Araújo

PERFIL DO ATENDIMENTO FISIOTERÁPICO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA A INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

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.

Orientador(a): Prof. Drª. Christina Danielli Coelho de Morais Faria

Co-orientador(a): Bárbara Paula de Barros Carvalho-Pinto

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2014

Dedico este trabalho à minha orientadora e co-orientadora por todo incentivo e ajuda para que eu pudesse chegar ao tão sonhado resultado final.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me guiado e me amparado nas horas difíceis, mostrando-me o melhor caminho a seguir e não permitindo que minha fé fosse abalada;

Aos meus pais pelo incentivo e torcida para que eu realizasse um trabalho bem feito, que fosse fruto de orgulho principalmente para mim, e que me fizesse dar mais um passo rumo à conclusão do curso;

Às minhas orientadora e co-orientadora pela ajuda e humildade durante a realização do trabalho, estando disponíveis todo o tempo, contribuindo imensamente para a minha formação acadêmica e pessoal;

À todos os profissionais e servidores da Unidade Básica de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro que me receberam com muito carinho e foram solícitos quando eu precisei, além de serem parte fundamental para a realização deste trabalho;

Aos indivíduos que participaram do presente estudo e o tornaram possível.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Em indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC) as deficiências motoras são muito prevalentes e, comumente, motivo de encaminhamento aos serviços de reabilitação, principalmente a fisioterapia. Melhoras funcionais e na saúde em geral são obtidas quando os indivíduos pós-AVC recebem atenção continuada. Na atenção básica (AB), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, a reabilitação é realizada pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre estes o fisioterapeuta. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil de atendimento fisioterápico do NASF aos indivíduos pós-AVC usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo descritivo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), no qual os prontuários de todos indivíduos com AVC (n=44, 69,23±13,12 anos e 67,00±66,52 meses de AVC) usuários da UBS e identificados pelas equipes de saúde foram analisados para que os registros realizados pelo fisioterapeuta do NASF fossem detectados. A partir do reconhecimento de palavras-chaves, realizou-se análise de frequência das condutas fisioterápicas identificadas. Dos 44 prontuários analisados, somente 45,5% (n=20) apresentavam registro de assistência por qualquer profissional do NASF. Desses indivíduos, 80% (n=16) receberam atendimento do profissional da fisioterapia. De um total de 35 atendimentos fisioterápicos realizados, 94,2% (n=33) foram em domicílio e 5,8% (n=2) na própria UBS. Foram identificadas as seguintes práticas realizadas pelo fisioterapeuta: orientação (93,8% dos casos), avaliação fisioterápica (87,5% dos casos), tratamento fisioterápico (50% dos casos), acompanhamento, que incluiu três ou mais atendimentos (37,5% dos casos), encaminhamento a outro serviço ou para acadêmicos de fisioterapia da UFMG (18,8% dos casos) e encaminhamento a outro profissional do NASF (12,5% dos casos). Esses resultados indicam que a minoria dos prontuários de indivíduos com AVC apresentava registro de atendimento pelo fisioterapeuta do NASF. Os atendimentos, na maioria, ocorreram em domicílio, o que revela que a prática do fisioterapeuta do NASF pauta-se em atendimentos individualizados. A orientação, realizada na maioria dos atendimentos, ilustra que na AB há um foco no empoderamento (indivíduo/família) dos cuidados com a saúde. O acompanhamento foi prática pouco frequente, apesar de ser estabelecido em guias clínicos que indivíduos pós-AVC devem ser acompanhados pelo menos uma vez por ano pela equipe de reabilitação.

Palavras-Chave: Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Fisioterapia. Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

In subjects with stroke motor impairments are highly prevalent and commonly reason for referral to rehabilitation services, particularly physiotherapy. Functional improvements and better health are achieved when these subjects receive continued attention. In primary care, the main gateway to the Public Health System, rehabilitation is performed by professionals of the Support Center for Family Health (*Núcleo de Apoio à Saúde da Família* – NASF), one of them being the physiotherapist. In this context, the aim of this study was to describe the physiotherapy assistance provided in Primary Care for subjects with stroke from a Primary Healthcare Center in Belo Horizonte city/Brazil. This study was approved by the ethical commitment of Federal University of Minas Gerais (UFMG) and Municipal Department of Health of Belo Horizonte (SMSA-Belo Horizonte). The patient´s medical records of all patients with stroke (n =44; 69.23±13.12 years and 67±66.52 months post stroke) of the Healthcare Center identified by the health professionals were analyzed to identify he records made by the NASF's physiotherapist. The service offered by the physiotherapist where classified according to the recognition of some keywords. Frequency analysis was performed. In the 44 records reviewed, only 45.5% (n = 20) had some records of any assistance provided by the NASF. From these subjects, 80% (n=16) received physiotherapy care. An amount of 35 attendances in physiotherapy care were identified: 94.2% (n=33) were performed at the subjects' home and 5.8% (n=2) at the Healthcare Center. The following practices of the physiotherapist were identified: orientation (93.8%), evaluation (87.5% of cases), exercises (50%), follow-up, which was defined as two or more attendances (37.5%), referral to another service or for undergrad students of physical therapy from UFMG (18.8%) and referral to other professionals of the NASF (12.5%). These results indicate that the few subjects with stroke received some assistance of the NASF's physiotherapist. The majority of the sessions occurred at subjects' home, which reveals that the practice of the NASF'S physiotherapist is focused in individual attendance. The orientation was the most common practice, which illustrates that in primary care there is a focus on empowerment (subject/family) for health self-improvement. The follow-up was not a common practice, despite being set in clinical guidelines that subjects with stroke should be monitored at least once a year by the rehabilitation team.

Keywords: Public Health. Primary Health Care. Family Health. Physiotherapy. Stroke.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma das etapas de recrutamento da amostra ---------- 17

Tabela 1 - Perfil do nível de incapacidade dos indivíduos segundo a classificação pela Escala Modificada de Rankin ---------- 18

-

Tabela 2 - Classificação dos indivíduos segundo o relato de saírem ou não de casa sozinhos ---------- 19

Gráfico 1 - Porcentagem da primeira assistência prestada aos indivíduos pós-AVC categorizada pelo profissional do NASF segundo registro nos prontuários dos indivíduos pós-AVC da UBS ---------- 19

Gráfico 2 - Porcentagem de assistência prestada aos indivíduos pós-AVC pelos profissionais do NASF segundo registro nos prontuários dos indivíduos pós-AVC da UBS ---------- 20

Gráfico 3 - Porcentagem das condutas realizadas pelo(a) fisioterapeuta do NASF encontradas segundo registro nos prontuários dos indivíduos pós-AVC da UBS --------- 21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
Et al.	E outros
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USA	United States of America

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
2 MATERIAIS E MÉTODOS 14
2.1 Amostra 14
2.2 Procedimentos de coleta de dados 14
2.3 Procedimentos de análise de dados 16
3 RESULTADOS 17
4 DISCUSSÃO 22
5 CONCLUSÃO 29
6 REFERÊNCIAS 30
7 ANEXO 1 36
8 ANEXO 2 37

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo do encéfalo, causado tanto por obstrução de uma artéria, caracterizando o AVC isquêmico, quanto por sua ruptura, dando origem ao AVC hemorrágico (1). A prevalência do AVC é elevada: apenas em Belo Horizonte, no ano de 2012, a taxa de internação por AVC foi de 6,57 para cada 10.000 habitantes, segundo os dados de domínio público do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde (2). Sabe-se que, atualmente, 90% dos sobreviventes do AVC desenvolvem algum tipo de deficiência, sendo esta condição de saúde considerada uma das principais causas de incapacidades em adultos (3). Após o AVC, os indivíduos comumente apresentam alterações sensitivas, cognitivas e motoras, como fraqueza muscular, espasticidade, padrões anormais de movimento e descondicionamento físico (4). Segundo Helgason *et al.* (1997) (5), após o AVC, 48% dos indivíduos apresentam hemiparesia, 22% já não conseguem mais deambular, 24% a 53% são classificados como dependentes parciais ou completos nas escalas que avaliam atividades de vida diária, 12% a 18% são afásicos e 32% apresentam quadro clínico de depressão. Além dessas deficiências e limitações na realização das atividades de vida diária (AVD), estes indivíduos comumente apresentam restrições na participação social e a piora da qualidade de vida (6). Muitas das incapacidades, ou até mesmo a percepção de qualidade de vida, podem melhorar se o indivíduo realizar um programa adequado de reabilitação (7,8).

Recomenda-se que a reabilitação do indivíduo acometido pelo AVC aconteça de forma precoce e em toda a sua integralidade (7,8). De acordo com guias clínicos (9,10), a reabilitação após o AVC deve começar logo na fase aguda, durante a internação hospitalar, assim que o diagnóstico for estabelecido e eventuais riscos de vida estiverem sob controle. Passada a fase aguda, sabe-se que melhores resultados clínicos são obtidos quando os indivíduos acometidos pelo AVC e indicados à reabilitação recebem uma avaliação coordenada e multiprofissional seguida de intervenção. Nesse sentido, preconiza-se que a abordagem do indivíduo acometido pelo AVC por esta equipe multiprofissional tenha continuidade para além do âmbito hospitalar e ambulatorial, e se estenda até uma possível reabilitação domiciliar. Para isso, serviços comunitários, que possuam recursos para que a reabilitação do paciente pós AVC seja realizada, precisam ser oferecidos a essa população e aos seus familiares (9).

A reabilitação indicada aos indivíduos com sequelas de AVC comumente envolve o tratamento fisioterápico (11). Os fisioterapeutas são especializados no tratamento das disfunções resultantes dos distúrbios motores e sensoriais provocados pelo AVC (12), e buscam restabelecer funções e/ou minimizar as sequelas apresentadas, além de proporcionarem ao indivíduo o retorno o mais breve possível às suas atividades e participação na comunidade (10). Além disso, como profissionais da área da saúde, os fisioterapeutas também devem atuar tendo como foco a prevenção das incapacidades e dos agravos à saúde e a promoção da funcionalidade e da saúde.

Com o intuito de instituir adequada retaguarda ambulatorial para a assistência sequencial após a alta hospitalar, com reabilitação, atendimento especializado, cuidados domiciliares e reintegração social e ao trabalho dos indivíduos acometidos pelo AVC, o Ministério da Saúde aprovou, em 2012, por meio da Portaria MS/GM nº 665, a Linha de Cuidados em AVC (13). Esta linha de cuidado objetiva proporcionar cuidado integrado e continuado, promovendo a transferência deste cuidado entre os pontos de atenção à saúde, tendo como pressuposto que todos os níveis de atenção à saúde têm fundamental relevância no fluxo da linha de cuidados (13).

A Atenção Básica (AB), que é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (14), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral à saúde da população de sua área de abrangência (13). No caso da Linha de Cuidados em AVC, a ação da AB não se resume ao evento agudo (13). Nos pacientes com doenças crônicas cardiovasculares, como é o caso do AVC, deve ser realizado o tratamento, com abordagem ampliada, não restrita à prescrição de medicamentos, mas envolvendo atuação multiprofissional e atuando na promoção do autocuidado e cuidado compartilhado, bem como realizando estratificação de risco e acompanhamento próximo dos casos de mais alto risco (13).

Após a internação hospitalar do indivíduo acometido pelo AVC, a equipe de saúde da família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser notificada da alta, para poder realizar o acompanhamento e seguimento desse indivíduo que é usuário da UBS (13). A depender da gravidade do caso, ele pode necessitar de atendimento ambulatorial especializado (em outro serviço, por exemplo), mas todos devem ter seus cuidados coordenados pelas equipes da atenção básica, alocadas nas UBS (13).

Em Janeiro de 2008, visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, garantindo a continuidade e integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), com a publicação da Portaria GM nº 154, concretizando a inserção do fisioterapeuta na atenção básica como um dos membros da equipe do NASF (15). O fisioterapeuta deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à AB, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (16). Intervenções diretas do fisioterapeuta do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das ESF com discussões a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso e os profissionais do NASF (16). Tal atendimento direto e individualizado pelo fisioterapeuta ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias (16). Devem ser lembradas ainda as diversas modalidades de intervenção no território, como, por exemplo: o desenvolvimento de projetos de saúde, o apoio a grupos, os trabalhos educativos e de inclusão social, o enfrentamento de situações de violência e ruptura social, e as ações junto aos equipamentos públicos (16). Todas estas tarefas devem ser desenvolvidas de forma articulada com as ESF (16).

Com intuito de determinar como a atenção continuada à saúde dos indivíduos acometidos pelo AVC tem sido prestada, considerando o que é estabelecido pela Linha de Cuidados em AVC, pelas diretrizes do NASF e mediante as atribuições do fisioterapeuta como profissional da área da saúde e um dos responsáveis pela reabilitação e acompanhamento desses indivíduos, o objetivo desse estudo foi descrever o perfil de atendimento fisioterápico do NASF aos indivíduos acometidos pelo AVC e usuários de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Belo Horizonte.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado com os indivíduos acometidos pelo AVC da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Leopoldo Crisóstomo de Castro da cidade de Belo Horizonte/MG, situada no Distrito Sanitário Nordeste. Quando o presente estudo foi realizado, a UBS contava com o atendimento de quatro Equipes de Saúde da Família (ESF): ESF-1, ESF-2, ESF-3 e ESF-4. Além disso, a UBS tinha o apoio de uma equipe do NASF, composto por um assistente social, um educador físico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um psicólogo, um psiquiatra e um terapeuta ocupacional. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ANEXO 1 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais) e pelo COEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) (ANEXO 2 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte).

2.1 Amostra

Constituíram como amostra do presente estudo todos os indivíduos acometidos pelo AVC, identificados por algum membro das quatro ESF ou por algum profissional do NASF como usuário da UBS e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: apresentar diagnóstico clínico de AVC primário ou recorrente há mais de seis meses com registro no prontuário do indivíduo na UBS; viver na comunidade da área de abrangência da UBS; ser usuário do SUS, com cadastro na UBS de sua área de abrangência, e identificado pelos funcionários das UBS; ter idade igual ou superior a 20 anos; e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aprovado pelo COEP da UFMG e pelo COEP da SMSA-BH.

2.2 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, o presente estudo foi divulgado para a gerente e para os membros das quatro ESF da UBS. Pelo menos uma vez por mês, um dos membros do grupo de pesquisa participou das reuniões destas equipes com o objetivo de identificar os indivíduos acometidos pelo AVC. À medida que estes indivíduos foram sendo identificados, dados dos seus

prontuários, presentes na UBS, foram analisados e, posteriormente, os indivíduos foram convidados a participar do estudo. Após concordarem com a participação voluntária, assinaram o TCLE, participaram da verificação, mediante entrevista, dos dados retirados do prontuário, e foram classificados segundo a Escala Modificada de Rankin[17]. Este instrumento de medida é citado como um dos mais utilizados para avaliar funcionalidade/incapacidade em indivíduos acometidos pelo AVC, com sua versão traduzida para o Português-Brasil apresentando resultados adequados para validade e confiabilidade (18). O instrumento original é dividido em seis graus: 0 – sem qualquer sintoma; 1 – sem incapacidade significante apesar dos sintomas; capaz de realizar todos os deveres e atividades usuais; 2 – incapacidade leve; incapaz de realizar todas as atividades prévias, mas é capaz de cuidar de si próprio sem auxílio; 3 – incapacidade moderada; necessita de alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência; 4 – incapacidade moderadamente grave, incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender a suas necessidades físicas sem assistência; 5 – incapacidade grave, acamado, incontinente, requer constante atenção e cuidados de enfermagem. Posteriormente, o instrumento foi modificado com o acréscimo de mais um grau: 6 – morte (19).

Todos os dados foram coletados por um único examinador, fisioterapeuta, previamente treinado com todos os procedimentos, auxiliado por um outro examinador, também previamente treinado. As coletas foram realizadas em dois dias distintos, sendo o primeiro dia realizado na UBS para coleta dos dados do prontuário, e o segundo dia agendado para a visita domiciliar para finalizar a coleta de dados.

Primeiramente, foram coletados os dados relacionados à caracterização da amostra a partir da leitura e análise sistemática dos dados registrados no prontuário do indivíduo: idade, ESF a que pertencia, dados clínicos relacionados ao AVC, como o número de episódios, o tipo, o lado acometido e o tempo de evolução. Em seguida, foram coletados os dados relacionados à caracterização do perfil de atendimento prestado pelo fisioterapeuta do NASF, como: local onde o atendimento foi realizado e os tipos de intervenções realizadas (orientação – que consistia, por exemplo, em orientações de exercícios para os indivíduos fazerem em casa, de posicionamento no leito e de uso de dispositivos de auxílio a marcha; avaliação fisioterápica – responsável por conduzir a tomada de decisão clínica; tratamento fisioterápico – definido como intervenções realizadas diretamente pelo fisioterapeuta, como exercícios supervisionados, realizados durante o atendimento do profissional; acompanhamento – caracterizado por dois ou mais atendimentos; encaminhamento a outro serviço; encaminhamento para os acadêmicos de Fisioterapia da UFMG; e encaminhamento a outro

profissional do NASF). Uma ficha de avaliação previamente elaborada para o estudo foi utilizada para a coleta de todos estes dados. No caso específico da variável que identificou os tipos de intervenções realizadas pelo fisioterapeuta do NASF, a coleta de dados foi realizada da seguinte maneira: o registro do profissional foi lido e analisado para que, em seguida, fossem identificadas as palavras-chaves que identificassem cada uma das categorias descritas anteriormente. Foi realizado cálculo da frequência de identificação de cada uma das categorias. Durante a visita domiciliar, foram coletados os dados necessários para a classificação funcional do indivíduo pela Escala Modificada de Rankin[17].

2.3 Procedimentos de análises de dados

Estatísticas descritivas, utilizando média e desvio padrão para variáveis quantitativas normalmente distribuídas, mediana e diferença interquartil para as variáveis com distribuição não normal e análise de frequência para as variáveis categóricas, foi realizada. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS® para Windows (Versão 17.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

3 RESULTADOS

Inicialmente, foram identificados 66 indivíduos em potencial para participarem do estudo. Ao serem verificados os prontuários desses 66 indivíduos, foi constatado que: 13,6% (n=9) não apresentavam diagnóstico clínico de AVC (apesar de terem sido identificados por algum membro da equipe de saúde da família como indivíduo acometido pelo AVC); 9% (n=6) não possuíam cadastro na UBS (tratava-se de indivíduos que utilizavam apenas os serviços da farmácia da UBS e, portanto, não possuíam prontuário na unidade); 4,5% (n=3) não viviam mais na comunidade da área de abrangência (um indivíduo estava morando no interior de Minas Gerais e os outros dois haviam sido institucionalizados); e 3% (n=2) haviam falecido. Além disso, dois indivíduos se recusaram a participar voluntariamente do estudo. Portanto, no total, 44 indivíduos foram incluídos no presente estudo (FIG. 1).

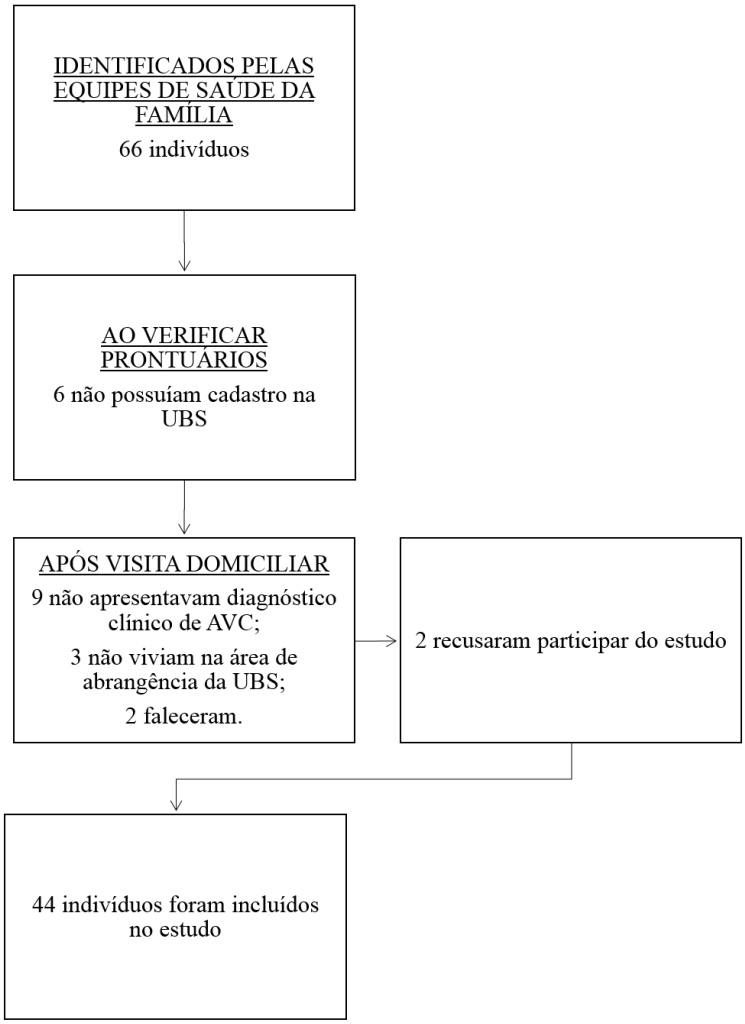

FIGURA 1 - Fluxograma das etapas de recrutamento da amostra

Dos 44 indivíduos incluídos, 54,5% (n=24) eram do sexo feminino e 45,5% (n=20) do sexo masculino. A média de idade foi de 69,2±13,1 anos (variando de 43 a 94 anos) e média do tempo de AVC de 67±66,5 meses (variando de 6 a 288 meses). Desses participantes, 68,2% (n=30) apresentaram um único episódio de AVC, enquanto os outros 31,8% (n=14)

apresentaram dois ou mais episódios. A maioria dos participantes (68,2%) (n=30) apresentou AVC isquêmico, 18,2% (n=8) AVC hemorrágico e os outros 13,6% (n=6) tratavam-se de indivíduos que não tiveram essa informação registrada no prontuário e que também não souberam afirmar o tipo do AVC durante a visita domiciliar. Além disso, 52,3% (n=23) apresentavam hemiparesia à direita, 45,5% (n=20) à esquerda, e 2,3% (n=1) apresentavam acometimento em ambos os hemicorpos. Com relação ao nível de incapacidade, 15,9% (n=7) dos indivíduos foram classificados como nenhuma incapacidade significativa, com incapacidade leve, 20,5% (n=9), com incapacidade moderada 31,8%, (n=14), com incapacidade moderadamente severa 15,9%, (n=7) e com incapacidade severa 15,9%, (n=7) (TAB. 1).

	%	*n*
Nenhuma incapacidade significativa	15,9	7
Incapacidade leve	20,5	9
Incapacidade moderada	31,8	14
Incapacidade moderadamente severa	15,9	7
Incapacidade severa	15,9	7

TABELA 1 – Perfil do nível de incapacidade dos indivíduos segundo a classificação pela Escala Modificada de Rankin

Além disso, 22,7% (n=10) dos indivíduos relataram não saírem sozinhos de casa, apenas em caso de extrema necessidade, 40,9% (n=18) relataram não saírem sozinhos de casa, fazendo isso apenas com acompanhante, e 36,4% (n= 16) relataram conseguirem sair de casa sozinhos (TAB. 2).

	%	*n*
Não saem sozinhos de casa, apenas em caso de extrema	22,7	10

necessidade		
Não saem sozinhos de casa, apenas com acompanhante	40,9	18
Saem de casa sozinhos	36,4	16

TABELA 2 – Classificação dos indivíduos segundo o relato de saírem ou não de casa sozinhos

A partir da alta hospitalar, mais da metade dos prontuários (54,5%, n=24) não apresentava qualquer registro de atendimento por algum profissional do NASF. Dentre os 45,5% (n=20) que apresentavam algum registro, a maioria, 65% (n=13) teve a sua primeira assistência prestada pelo fisioterapeuta, seguido do fonoaudiólogo (20,0%, n=4) e do nutricionista (15,0%, n=3) (GRÁF. 1).

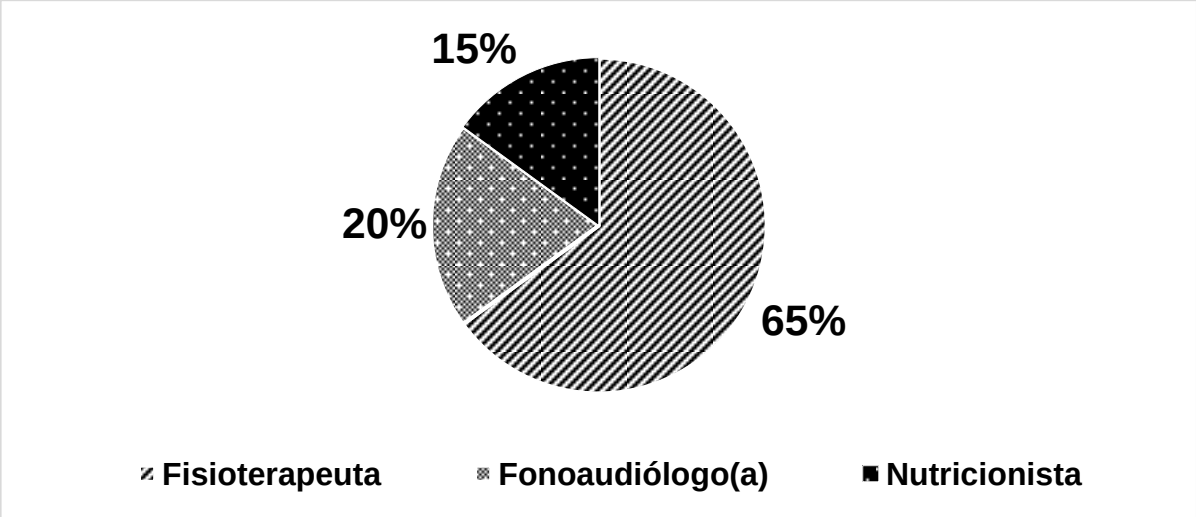

GRÁFICO 1 - Porcentagem da primeira assistência prestada aos indivíduos pós-AVC categorizada pelo profissional do NASF segundo registro nos prontuários dos indivíduos pós-AVC da UBS

Considerando os prontuários dos 20 indivíduos que receberam atendimento de algum profissional do NASF, foram encontrados registros de atendimentos de apenas cinco dos oito profissionais que constituíam o NASF da UBS: o fisioterapeuta prestou assistência a 80% (n=16) desses indivíduos, o nutricionista a 40% (n=8), o fonoaudiólogo(a) a 35% (n=7), o(a) terapeuta ocupacional a 15% (n=3) e o(a) assistente social a 5% (n=1)(GRÁF. 2).

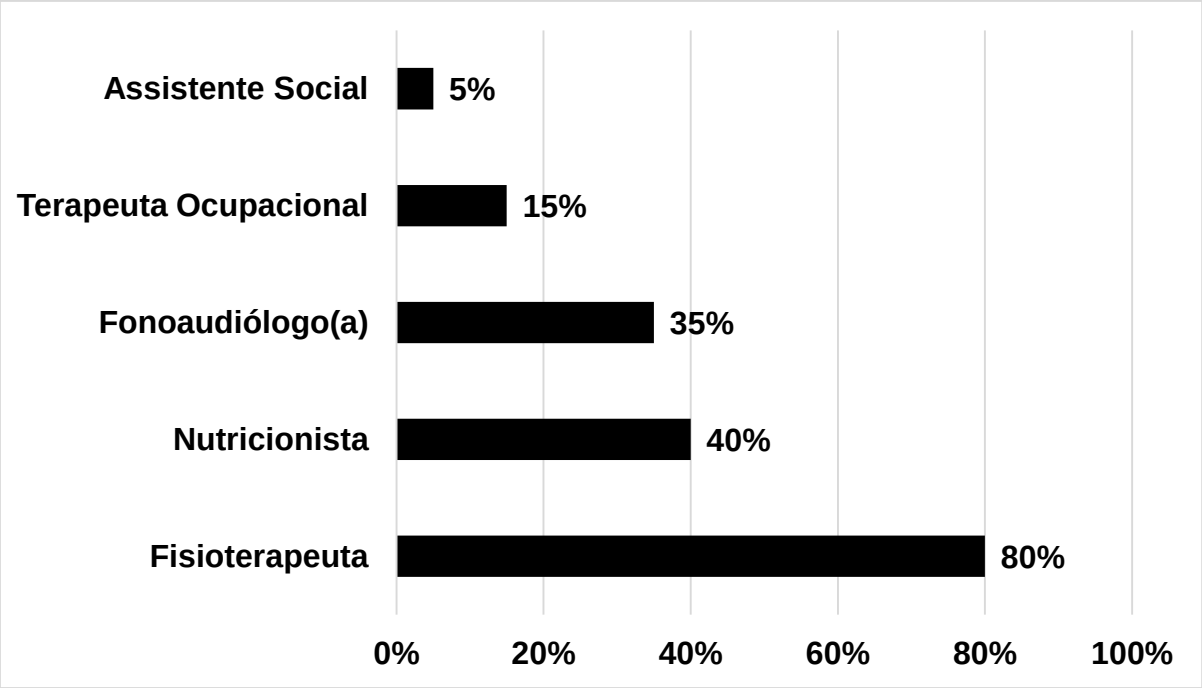

GRÁFICO 2 - Porcentagem de assistência prestada aos indivíduos pós-AVC pelos profissionais do NASF segundo registro nos prontuários dos indivíduos pós-AVC da UBS

Considerando os registros realizados pelo(a) fisioterapeuta nestes 20 prontuários com algum registro de profissionais do NASF, foi identificado um total de 35 atendimentos fisioterápicos realizados e registrados. A partir da caracterização do perfil desses atendimentos constatou-se que 94,2% (n=33) foram realizados em domicílio e 5,8% (n=2) na própria UBS. Além disso, encontrou-se como prática do profissional de fisioterapia do NASF a orientação, a avaliação fisioterápica, a intervenção fisioterápica, o acompanhamento e o encaminhamento. A orientação foi realizada em 93,8% dos casos, a avaliação fisioterápica em 87,5%, o tratamento fisioterápico em 50% dos atendimentos, o acompanhamento ocorreu em 37,5% dos casos, já o encaminhamento a outro serviço, como por exemplo, encaminhamento para realizar a reabilitação no nível secundário, foi realizado em 18,8% dos atendimentos, assim como o encaminhamento para os acadêmicos de fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) também ocorreu em 18,8%, e, por fim, encaminhamento à outro profissional do NASF foi encontrado em 12,5% dos prontuários (GRÁF. 3).

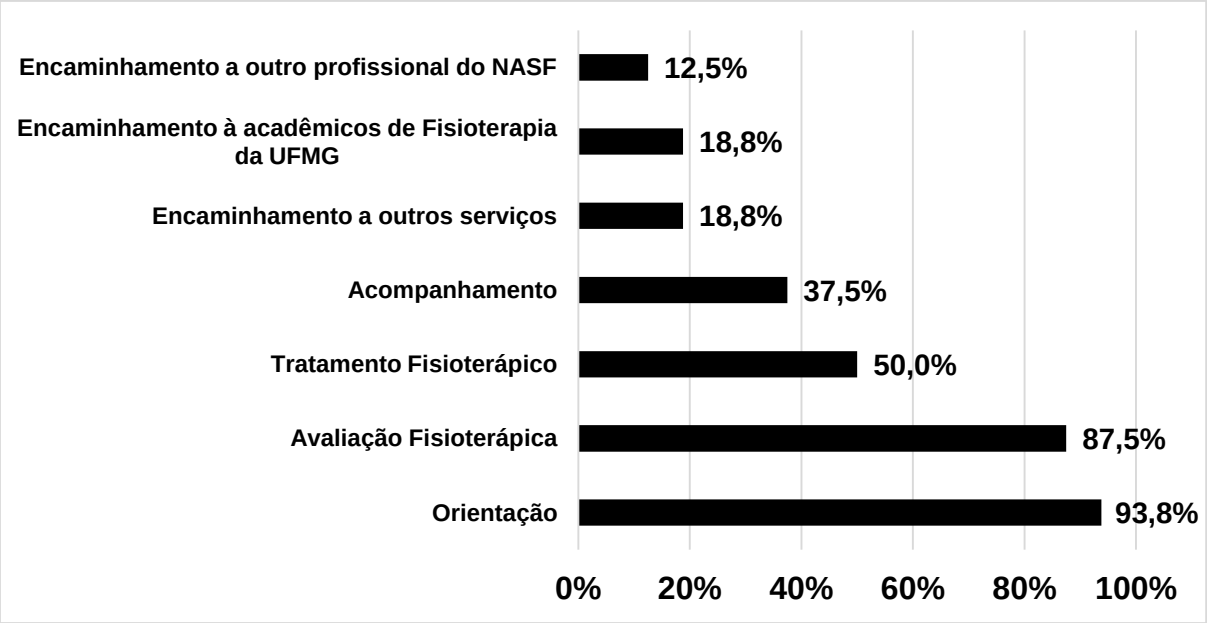

GRÁFICO 3 - Porcentagem das condutas realizadas pelo(a) fisioterapeuta do NASF encontradas segundo registro nos prontuários dos indivíduos pós-AVC da UBS

4 DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o perfil do atendimento fisioterápico do NASF aos indivíduos acometidos pelo AVC e usuários de uma UBS. Em síntese, apenas um terço dos prontuários dos indivíduos acometidos pelo AVC apresentava registro de atendimento pelo fisioterapeuta do NASF; a maioria desses atendimentos ocorreu em domicílio; a orientação foi a prática mais realizada pelo fisioterapeuta enquanto que o encaminhamento a outro profissional do próprio NASF foi a prática menos realizada. Além disso, o acompanhamento foi prática pouco frequente, apesar de ser estabelecido em guias clínicos que indivíduos pós-AVC devem ser acompanhados pelo menos uma vez por ano pela equipe de reabilitação.

A primeira questão importante de ser discutida é a elevada porcentagem de indivíduos inicialmente identificados pelos profissionais das ESF ou do NASF como indivíduos que haviam sido acometidos pelo AVC, mas que, na realidade, não apresentavam esse diagnóstico clínico. Neste contexto, questiona-se a clareza e até mesmo o nível de conhecimento destes profissionais a respeito do AVC e a respeito dos indivíduos da sua área de abrangência e que utilizam a UBS. Frente a este resultado, levanta-se a possibilidade do inverso ter ocorrido: indivíduos que apresentavam essa condição de saúde e que eram usuários da UBS podem não ter sido identificados pelos profissionais. O desconhecimento de assuntos relacionados ao AVC pelos profissionais das equipes de saúde pode contribuir para uma assistência inadequada. Neves *et al.* (2004) (20) realizaram uma pesquisa de campo com profissionais da área da saúde sobre as dificuldades, dúvidas e importância de orientações sobre os cuidados de pacientes com AVC, e reportaram que a grande maioria dos profissionais (85%) não utilizavam diretrizes, guia ou manual de orientações para a assistência ao paciente com AVC. A ausência desta rotina foi atribuída à falta de conhecimento, por parte desses profissionais, sobre a existência de tais documentos. Além disso, inferiu-se que a medida que os profissionais vão obtendo esclarecimentos sobre outras áreas de atuação nos cuidados de pacientes com AVC, há uma ampliação do conhecimento geral relacionado a essa condição de saúde, com aprimoramento da prática do profissional junto a esses indivíduos (20). Segundo o Ministério da Saúde (21), para que se produza resultados satisfatórios, a equipe de saúde da família necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz, de modo a poder atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Portanto, considerando os resultados do presente estudo, ações

relacionadas à capacitação aos profissionais da referida unidade básica de saúde sobre informações relacionadas ao AVC precisam ser planejadas e desenvolvidas.

No presente estudo, a amostra oriunda de base populacional apresentou-se com distribuição semelhante quanto ao sexo, a maioria eram idosos, além de terem apresentado, na sua maioria, apenas um episódio de AVC. Além disso, mais da metade dos participantes apresentou AVC isquêmico. Não foram verificadas grandes diferenças de prevalência quanto ao lado mais acometido. O perfil clínico desta amostra assemelha-se ao de estudos prévios realizados com indivíduos acometidos pelo AVC e usuários do SUS (22,23). Ribeiro *et al.* (2013) (22), também relataram uma distribuição homogênea entre homens (47,9%) e mulheres (52,1%), a maioria dos indivíduos apresentava faixa etária de 60 anos ou mais (73,6%), com uma média de 63,3 anos. Além disso, também não identificaram maior prevalência quanto ao lado de acometimento (44,3% à direita e 41,4% à esquerda). Costa *et al.* (2011) (23) , ao avaliarem as características clínicas dos indivíduos, apontaram o AVC isquêmico como a etiologia mais prevalente, assim como no presente estudo. O fato de outros 13,6% de indivíduos não terem informação sobre o tipo de AVC registrada no prontuário e que também não souberam afirmar o tipo de AVC durante a visita domiciliar também foi verificado no estudo de Paixão, L.M (2012) (24). Esses resultados revelam falhas importantes na maneira como os registros no sistema de informação da unidade são realizados, e também podem indicar uma lacuna na qualidade da informação e na interlocução entre os locais de referência e contra-referência do sistema público de saúde.

Ainda sobre o perfil clínico dos indivíduos do estudo, especificamente sobre o grau de incapacidade, no presente estudo a maior parte dos indivíduos possuía incapacidades moderadas. Esse perfil ratifica o que Schepers *et al.* (2007) (25) descreveram quanto aos pacientes pós-AVC apresentarem consequências crônicas, complexas e heterogêneas, que podem resultar em problemas em vários domínios da funcionalidade. Em outro estudo (26), que também tinha como objetivo descrever as ações de reabilitação realizadas em pacientes com AVC no município de Artemisa em Cuba, também foi relatada uma amostra em que 43% dos indivíduos apresentavam incapacidades moderadas segundo a Escala Modificada de Rankin (17). A maioria dos participantes do presente estudo afirmaram não sair de casa sozinhos, resultado similar a de um outro estudo prévio, que tinha como objetivo determinar a prevalência e o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos restritos ao domicílio adscritos a uma UBS da região metropolitana de Belo Horizonte: cerca de 1/5 dos 275 idosos entrevistados se referiram ser restritos ao domicílio, e em termos dos agravos físicos que motivavam a restrição ao domicílio, o AVC foi um dos mais citados (27).

Foi observado no presente estudo que mais da metade (54,5%) dos prontuários da dos indivíduos não apresentava qualquer registro de atendimento por algum profissional do NASF, mesmo sendo o NASF uma importante iniciativa em resposta à problemática da continuidade do cuidado na área da reabilitação (28). O ponto importante desse dado se refere aos demais usuários acometidos pelo AVC que não tiveram suas demandas identificadas, e que podem não estar recebendo adequada retaguarda na AB. Uma vez que na Linha de Cuidados em AVC (13) preconiza-se que "após a alta hospitalar, a equipe da UBS deve ser notificada da alta, para poder realizar o acompanhamento e seguimento desse usuário" e que caso a equipe seja apoiada por NASF, "esse usuário deve ter seu caso discutido com os profissionais do NASF, para avaliar a necessidade de atendimento conjunto ou de ações específicas dos diversos núcleos profissionais", esperava-se que pelo menos uma avaliação devidamente registrada no prontuário fosse encontrada para todos os indivíduos identificados pelos profissionais como indivíduos como AVC e usuários da UBS, critério primário de contato dos indivíduos para participarem do presente estudo.

Outro resultado que merece reflexão é o fato de apenas cinco dos oito profissionais do NASF referência da UBS terem participado do cuidado aos indivíduos do presente estudo. Uma explicação plausível para este resultado seria a especificidade de cada caso, e a opção por um ou outro profissional do NASF realizar o atendimento, dada as necessidades do indivíduo e a própria demanda de trabalhos da UBS a estes profissionais. Porém, este resultado também pode ser fruto da não identificação, por parte de um profissional de uma determinada área de formação, das necessidades oriundas de uma outra área específica. Neves *et al.* (2004) (20) apontaram que muitos dos profissionais parecem ignorar ou não aceitar as particularidades de atuação dos demais colegas de uma mesma equipe ou grupo de trabalho e, por isso, demonstram dificuldade em identificar o papel específico de cada um dos profissionais da equipe multidisciplinar, o que dificulta os trabalhos e o atendimento dos objetivos da abordagem em equipe.

Sendo a fisioterapia uma área da reabilitação bastante requisitada no processo de recuperação das demandas funcionais dos indivíduos pós-AVC, seria de suma importância que esse profissional soubesse o perfil dos indivíduos da sua área de abrangência, para, então, determinar qual seria a melhor assistência, ou o melhor plano de atendimento a este indivíduo, Entretanto, no presente estudo, além do resultado citado anteriormente, observou-se que em apenas 16 dos 44 prontuários analisados havia registro do atendimento da fisioterapia. Isso ocorreu mesmo tendo sido identificado que a maioria dos indivíduos apresentava incapacidade moderada, segundo a Escala Modificada de Rankin (17), resultado que aponta

como é fundamental a assistência do profissional da fisioterapia. Levanta-se a hipótese de que os indicadores de funcionalidade e incapacidade possam não estar, necessariamente, guiando a organização/planejamento dos atendimentos prestados por estes profissionais. Se este for o caso, pode ser que outros indicadores estejam sendo utilizados como referência para se organizar/planejar a assistência prestada ou, até mesmo, pode ser que, na verdade, não exista algum indicador de referência para tal organização/planejamento. Estudos futuros devem ser desenvolvidos com o objetivo de identificar melhor a utilização ou não de tais indicadores para esta organização/planejamento.

Quanto ao perfil de atendimento encontrado no estudo, algumas práticas sugerem certa deficiência na assistência enquanto outras demonstram a resolutividade na AB. O achado que a maior parte dos atendimentos foi realizado individualmente, nos leva a questionar se todos os casos eram realmente necessários que fossem feitos no domicílio, uma vez que o estabelecido é que esse tipo de atendimento seja prestado apenas em casos extremos (16). Como estabelecido nas diretrizes da atenção básica (16)**,** o fisioterapeuta do NASF pode intervir de outras maneiras no cuidado do indivíduo que não seja através de atendimento direto e individual. Cabe a esse profissional o desenvolvimento de projetos de saúde e apoio a grupos de indivíduos que apresentem necessidades de cuidado semelhantes. Os resultados do presente estudo evidenciam a existência de indivíduos que se beneficiariam deste tipo de cuidado.

O fato de a orientação ter sido a conduta mais realizada revela que, na AB, o profissional da fisioterapia tem lançado mão da prática do empoderamento tanto do indivíduo quanto da família para ampliar os cuidados em saúde e a assistência. Empoderamento é definido por Schiavo e Moreira (2005) (29)

> como um processo que [...] implica, essencialmente, a obtenção de informações adequadas, um processo de reflexão e tomada de consciência quanto a sua condição atual, uma clara formulação das mudanças desejadas e da condição a ser construída. A estas variáveis, deve-se somar uma mudança de atitude que impulsione a pessoa, grupo ou instituição para a ação prática, metódica e sistemática, no sentido dos objetivos e metas traçadas, abandonando-se a antiga postura meramente reativa ou receptiva.

O empoderamento realizado durante as orientações é elemento imprescindível quando se trata de promoção da saúde, e constrói junto ao indivíduo a capacidade de tomar decisões para melhorar a sua própria qualidade de vida (30). O empoderamento é utilizado nas práticas de educação em saúde direcionadas para a promoção de saúde (31), e o fisioterapeuta inserido na AB é um dos profissionais que deve estar capacitado para executar tais práticas, facilitando

ações conducentes à saúde com objetivo de desencadear mudanças de comportamento individual (32), capazes de transformar o indivíduo em co-gestor da sua própria saúde.

É importante destacar que, segundo os registros no prontuário, a avaliação fisioterápica não foi realizada na totalidade dos casos. Entretanto, a avaliação representa uma das ações mais importantes do profissional (33), pois é a partir dos achados da avaliação que se tem embasamento claro para a decisão clínica a ser realizada no intuito de oferecer o melhor tratamento ao paciente. É a partir da avaliação que o profissional se torna apto a prescrever e delinear objetivos intervencionistas (33), levando em consideração os valores e objetivos do próprio paciente, e no caso do fisioterapeuta, apoiando seu processo avaliativo em modelos teóricos relacionados ao processo de funcionalidade e incapacidade, como o modelo biopsicossocial no qual se baseia a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF) (34,35,36). Dessa forma, a avaliação fisioterápica inclui etapas sistemáticas, que buscam pela descrição do atual estado de saúde do indivíduo, e direciona o profissional para realizar a melhor intervenção terapêutica. Portanto, como o profissional pode ter tomado determinada decisão clínica sem se quer ter realizado a avaliação fisioterápica? Ou a avaliação foi realizada mas não foi registrada? Se este foi o caso, cabe, mais uma vez, enfatizar a importância do adequado registro no prontuário clínico, pois além de terem que ser preenchidos e organizados de forma a permitir sua localização, leitura e identificação de autoria, eles precisam ser completos, acurados, objetivos e concisos, uma vez que os profissionais diretamente envolvidos na prestação do cuidado e na gestão em saúde, pesquisadores, docentes, alunos do campo da saúde e o próprio paciente têm nos prontuários uma fonte de dados, capazes de avaliar a qualidade da assistência à saúde (37,38). Além disso, o prontuário apresenta um importante veículo de comunicação entre os profissionais da equipe (39,40). Portanto, os registros de todos os atendimentos de todos profissionais aos indivíduos devem ser devidamente registrados nos prontuários, uma vez que é o local onde ficará armazenado o histórico clínico dos usuários e onde os profissionais poderão recorrer, caso haja dúvida sobre o suporte que tem sido oferecido ao indivíduo por outros profissionais.

Segundo os resultados do presente estudo, em apenas metade dos atendimentos foi realizado tratamento fisioterápico, sendo que o número de registros foi de 35 atendimentos, o que nos permite concluir que o tratamento fisioterápico, provavelmente, não seguiu a premissa da continuidade, para atingir evolução e resultados satisfatórios. Além disso, o acompanhamento foi prática pouco frequente, apesar de estar estabelecido em guias clínicos que o indivíduo pós AVC deve ser acompanhado pela equipe de reabilitação pelo menos uma vez ao ano (7,8).

Com relação aos encaminhamentos, realizados para outros serviços, para acadêmicos de fisioterapia da UFMG ou para outros profissionais do NASF, eles corresponderam, isoladamente, a práticas pouco comuns, mas que juntas contabilizam um montante significativo. Os encaminhamentos em questão podem ser vistos como uma transferência da responsabilização da atenção em saúde, que deve ser feita de forma criteriosa, e que segundo o MS (41), realizados a partir de verificada a *" necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema "*. Para esses dados vale destacar: a importância do profissional de fisioterapia conhecer o fluxo de redes do SUS, para que o encaminhamento a outros serviços seja feito de forma adequada; a necessidade de fortalecer os vínculos entre as instituições de ensino com campus de estágio na AB e os profissionais do serviço, disponibilizando capacitação adequada a esses últimos para que eles possam trabalhar em conjunto com os acadêmicos; e o aprimoramento do trabalho da equipe multidisciplinar, onde os profissionais devem saber reconhecer as necessidades dos indivíduos, e o potencial de resolutividade de profissionais de diferentes áreas de atuação do NASF frente ao saber específico dos mesmos.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. O fato de não haver na UBS um banco de dados sobre indivíduos que tiveram AVC, e a identificação dos indivíduos ter sido feito a partir do relato dos profissionais das equipes de saúde e do NASF, pode ser que alguns indivíduos que tiveram AVC e que são usuários da UBS não tenham sido identificados. Outra limitação foi o fato de a maioria dos dados terem sido coletados a partir da análise dos prontuários: a ausência de registro no prontuário, infelizmente, ainda é observada nos serviços de saúde. Ainda que o prontuário seja um documento de caráter legal e que todas as informações dos indivíduos e à assistência a ele prestada devam ser registradas (39,40), esta prática ainda não é realizada da forma como é recomendada. Por fim, vale a ressalva de que o perfil do atendimento prestado está intimamente relacionado à formação, posição filosófica, princípios e postura do profissional. Portanto, os resultados do presente estudo não podem ser generalizados para outras unidades básicas de saúde.

Apesar das limitações apontadas, os resultados do presente estudo são de extrema importância, uma vez que poderão servir de documento para os profissionais da própria UBS analisarem e identificarem os pontos positivos e negativos dos serviços prestados, e organizar/planejar melhor estes serviços. Além disso, não foi encontrado nenhum estudo que tenha tido o objetivo de descrever o perfil de atendimento fisioterápico do NASF aos usuários acometidos pelo AVC. O Ministério da Saúde tem avançado no estabelecimento de documentos relacionados ao AVC, como a publicação da Linha de Cuidados em AVC (13) e

das Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (10). Para que as recomendações e diretrizes do Ministério da Saúde possam ser executadas o primeiro passo é conhecer o perfil da assistência prestada a esses indivíduos, o que foi o objetivo do presente estudo.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto que, o perfil do atendimento fisioterápico do NASF aos indivíduos pós AVC usuários da UBS apresentou algumas limitações, mas também foram identificados pontos positivos. Dentre as limitações, destacam-se a não abordagem de todos os pacientes pós-AVC identificados pelos profissionais da UBS e usuários do serviço, a ausência de registro no prontuário da avaliação fisioterápica em todos os indivíduos que receberam atendimentos deste profissional e de acompanhamento desses indivíduos de forma adequada após a alta hospitalar, e a ausência de oferta de serviços direcionadas à prevenção de incapacidades e comorbidades e de promoção de funcionalidade e saúde direcionadas a este grupo de indivíduos. Dentre os pontos positivos, destaca-se o fato da orientação ter sido comumente realizada.

6 REFERÊNCIAS

1-LEWIS, SR. Classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. In: ROWLAND, LP. **Tratado de Neurologia.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 184-195.

2-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS: Indicadores e Dados Básicos 2012.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pact2010/pactmap.htm>. Acesso em: 02 abr. 2014.

3-SCALZO, PL *et al.* Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista Neurociências**, São Paulo, v.18, n.2, p. 139-144, 2010.

4-OVANDO, AC *et al.* Acidente vascular encefálico: comprometimento motor dos membros inferiores e alterações na marcha. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 14, n.132, p. 1-3, 2009.

5-HELGASON, CM.; WOLF, PA. American Heart Association Prevention Conference IV: prevention and rehabilitation of stroke executive summary. **Circulation**, Boston, v. 96, n. 2, p. 701-707, 1997.

6- PATEL, MD *et al.* Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. **Age and Ageing**, Oxford, v. 35, n. 3, p. 273-279, 2006.

7-NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITIONS (UK). **Stroke: national clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA).** London, Royal College of Physicians (UK); 2008.

8-NATIONAL STROKE FOUNDATION. **Clinical Guidelines for Stroke Management 2010.** Melbourne, Australia.

9-DUNCAN, PW *et al.* Management of adult stroke rehabilitation care a clinical practice guideline. **Stroke**, Boston, v. 36, n. 9, p. e100-e143, 2005.

10-BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

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

12-E WIT, L *et al.* Stroke rehabilitation in Europe: what do physiotherapists and occupational therapists actually do?. **Stroke**, Boston, v. 37, n. 6, p. 1483-1489, 2006.

13-BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências.** Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/pcdt--linha-cuidado-avc-rede-urg-emer-2012.pdf >. Acesso em: 15 fev. 2014.

14-BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da atenção básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 15 fev. 2014.

15-FORMIGA, NFB; RIBEIRO, KSQS. Inserção do fisioterapeuta na AB: uma analogia entre experiências acadêmicas ea proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.16, n.2, p. 113-122, 2012.

16-BRASIL.Ministério da Saúde. Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de atenção básica.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

17-WILSON, JTL *et al.* Improving the assessment of outcomes in stroke use of a structured interview to assign grades on the Modified Rankin Scale. **Stroke**, Boston, v. 33, n. 9, p. 2243-2246, 2002.

18-DE CANEDA, MAG *et al.* Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 64, n. 3-A, p. 690-7, 2006.

19-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.

20-NEVES, PP *et al.* 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.

21-BRASIL.Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 28 out. 2014.

22- RIBEIRO, KSQS *et al.* Perfil de usuário acometidos por acidente vascular cerebral adscritos à estratégia saúde da família em uma capital do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, p. 35-44, 2013.

23-COSTA, FA *et al.* Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, p.1341-1348, 2011.

24-PAIXÃO, LM. **Perfil da funcionalidade em indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico na cidade de Campina Grande-PB**. 2012. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campina Grande, 2012.

25-SCHEPERS, VPM *et al.* Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning. **Disability & Rehabilitation**, Londres, v. 29, n. 3, p. 221-230, 2007.

26-ARCE MORERA, E; MERALLA MACHADO, J; PADRÓN PULDÓN, L. Atención rehabilitadora de la enfermedad cerebrovascular en el municipio Artemisa. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Ciudad de La Habana, v. 26, n. 2, p. 0-0, 2010.

27-URSINE, PGS; ALBUQUERQUE CORDEIRO, H de; MORAES, CL. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2953-2962, 2011.

28-REIS, DC 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. **Epidemiologia e serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, 2012.

29-SCHIAVO, Márcio R.; MOREIRA, Eliesio N. **Glossário social**. Rio de Janeiro: Comunicarte, 2005.

30-OLIVEIRA, CL *et al.* Uma experiência de empoderamento de mulheres na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, v. 6, n. 21, p. 283-287, 2011.

31-WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Health promotion evaluation:** recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Geneva, 1998.

32- CANDEIAS, NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, 1997.

33-LLANO, JS *et al*. Investigação dos métodos avaliativos utilizados por fisioterapeutas na especificidade da neurologia funcional. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo , v. 20, n. 1, 2013.

34-SAMPAIO, RF *et al.* Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 129-36, 2005.

35-JETTE, AM. Toward a common language for function, disability, and health. **Physical Therapy**, v. 86, n. 5, p. 726-734, 2006.

36-STUCKI, G. *et al.* The Inernational Classification of Functioning, Disability and Health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Uppsala, v. 39, n. 279-285, 2007.

37-Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Texto de apoio em registros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999

38-WRAY, NP *et al.* Using administrative databases to evaluate the quality of medical care: a conceptual framework. **Social Science & Medicine**, Massachusetts, v. 40, n. 12, p. 1707-1715, 1995.

39-OSELKA, G. Prontuário médico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 248-286, 2002.

40-Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de jul. de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**. 9 ago. 2002, p. 185-185.

41-BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria nº1.820, de 13 de ago. de 2009**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em 20 mai. 2014.

7 ANEXO 1

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

Projeto: CAAE –14038313.4.0000.5149

Interessado(a): Profa. Christina Danielli Coelho de Morais 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.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Cep 31270-901 - BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

8 ANEXO 2

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

PREFEITURA BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/ SMSA-BH

Plataforma Brasil

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 Morais 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 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 terapeuticas 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 validades 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 individuos, tendo como referência quatro UBS's da cidade de Belo

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

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 indivíduos 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

PREFEITURA BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/ SMSA-BH

Plataforma Brasil

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.

BELO HORIZONTE, 03 de Maio de 2013

Assinador por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

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