

Bárbara Paula de Barros Carvalho Pinto

**PERFIL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE
DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E
USUÁRIOS DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE
DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

2015

Bárbara Paula de Barros Carvalho Pinto

**PERFIL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE
DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E
USUÁRIOS DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE
DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências da Reabilitação.

Linha de Pesquisa: Estudo em Reabilitação Neurológica no Adulto

Orientadora: Prof^a Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, Ph.D.

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

2015

Ao Luciano, por todo amor e apoio...

AGRADECIMENTOS

Pela imensa gratidão que tenho, e por Ele ser o meu maior suporte, começo meus agradecimentos por Deus. Ele que me deu a vida e providencia cada passo para que eu possa seguir no caminho planejado. Obrigada, Deus, por ter me dado forças e concentração para chegar até aqui e por ter colocado em minha vida tantas pessoas especiais.

Aos meus queridos pais, por todo amor e carinho. O cuidado e apoio de vocês são fundamentais para que eu permaneça firme. Obrigada pela excelente educação que vocês me deram, e por me ensinarem que ela é o melhor presente que eu poderia ter. Agradeço por me incentivarem a ir cada vez mais longe, e por nunca colocarem obstáculos aos meus desejos. Aos meus queridos irmãos, pela amizade, e por serem sempre bons exemplos para mim. Amo muito todos vocês.

Ao grande amor da minha vida, Luciano, agradeço por ser sempre meu companheiro, independente de qual o percurso a ser seguido. Obrigada por me acalmar nos momentos de estresse, por me alegrar nos momentos de tristeza, por entender os momentos de ausência, e por me fazer ver que a vida é maravilhosa. O seu amor é a força que eu tenho para continuar caminhando. Com você ao meu lado, vou até o infinito.

À minha orientadora Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, que desde a graduação me orientou com dedicação, carinho e atenção. Obrigada por querer sempre o meu melhor, por compartilhar diversos conhecimentos, e por caminhar junto comigo, seja com tropeços ou acertos. Agradeço pela disponibilidade e rigidez com que você me guiou neste mestrado. Vou levar seus ensinamentos para além dos trabalhos científicos.

Agradeço à Eliza e Larissa, pela agradável companhia ao longo do mestrado, por dividirem comigo momentos de total desespero, mas, também, de alegrias e vitórias. Obrigada pelas palavras amigas, de apoio e de incentivo, e pela maravilhosa convivência ao longo destes dois anos.

À Dani Campos, pela parceria ao longo do meu mestrado. Obrigada por ter me possibilitado co-orientar sua monografia, por ter compartilhado comigo dúvidas e conhecimentos, que foram muito importantes para produção deste trabalho.

Às alunas de iniciação científica, especialmente a Juliane e a Amanda, pela ajuda na coleta de dados, e por estarem sempre disponíveis e com vontade de fazer o melhor.

Agradeço a todos os professores que participaram da minha formação acadêmica, em especial aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação por me ensinarem a desenvolver pesquisa científica e a basear a minha prática clínica nas melhores evidências científicas.

Aos funcionários do departamento de Fisioterapia e do colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, obrigada pelo auxílio prestado ao longo do mestrado.

Aos profissionais do Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro, por terem colaborado para a concretização deste trabalho. Obrigada por me ajudarem a identificar os usuários acometidos pelo AVC.

Por fim, agradeço a todos os indivíduos acometidos pelo AVC, que gentilmente participaram da avaliação que possibilitou a coleta dos dados necessários para desenvolver este trabalho. Por vocês, quero uma saúde pública cada vez melhor.

*De tudo ficaram três coisas: a certeza de
que estamos começando, a certeza de que é
preciso continuar e a certeza de que podemos
ser interrompidos antes de terminar. Fazer da
interrupção um novo caminho, da queda um passo
de dança, do medo uma escola, do sonho uma
ponte, da procura um encontro.
E assim terá valido a pena.*

Fernando Sabino

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresenta elevados índices de incidência e prevalência e é causador de incapacidades crônicas. O AVC deve ser prioridade para a saúde pública nacional e requer que os indivíduos acometidos recebam cuidados integrais e contínuos, como preconizado pela Linha de Cuidados em AVC do Ministério da Saúde e por guias clínicos. O objetivo deste estudo foi determinar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos pós AVC e usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito sanitário nordeste da cidade de Belo Horizonte. A partir de registros dos prontuários e de visita domiciliar, foram coletados dados referentes à condição de saúde e assistência recebida da UBS, aos fatores pessoais e ambientais. Para as variáveis relacionadas à funcionalidade e incapacidade, organizadas segundo estrutura da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), foram utilizados testes e instrumentos com adequadas propriedades de medida e comumente empregados na avaliação de indivíduos pós AVC. A amostra foi constituída por todos os indivíduos pós AVC usuários da UBS identificados pelas equipes de saúde da família e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que concordaram com a participação voluntária no estudo ($n=44$, $69,23\pm 13,12$ anos e $67,00\pm 66,52$ meses pós AVC). A partir da análise descritiva dos dados, os principais resultados foram que a maioria dos indivíduos: apresentou como doenças associadas a hipertensão arterial (81,8%) e hipercolesterolemia (56,8%), foi classificada como inativa quanto ao nível de atividade física (86,5%), referiu a auto-percepção de saúde como razoável a ruim (61%), apresentou teste negativo para alteração da função cognitiva (81%) e positivo para suspeita de depressão (62,9%), comprometimento motor de membros superiores variando de leve a moderado (63%), de membros inferiores variando de severo a moderado (68%) e comprometimento motor global variando de severo a moderado (67%), ausência de alterações no tônus muscular (>55%), alteração da coordenação motora de membros inferiores (10-96,4%), boa coordenação motora de membros superiores, em média, fraqueza muscular do lado parético e boa auto-percepção da habilidade manual, foi classificada como limitada a completa deambulação comunitária (88%), com capacidade de melhora da velocidade de marcha natural, alteração do equilíbrio (51%) e da mobilidade funcional (54,2%), com indicativo de risco de quedas, baixa percepção de qualidade de vida, e percepção dos fatores ambientais como obstáculos. De forma geral, foram classificados como tendo incapacidades moderadas a leve (52,3%). Os indivíduos

utilizaram os serviços da UBS principalmente para renovar receita de medicamento (54,5%). Além disso, a maioria não apresentou no prontuário registro de atendimento pelos profissionais do NASF (54,5%) e não recebeu informações sobre cuidados relacionados ao AVC (72,3%), apesar de acharem importante receber tais informações (79,5%). Por fim, conclui-se que os indivíduos avaliados têm incapacidades crônicas associadas a deficiências em estrutura e função do corpo, limitações em atividades e restrição da participação, apresentando necessidades em saúde que requer atenção multidisciplinar e contínua. Porém, a maioria dos indivíduos teve o cuidado à saúde direcionado a práticas medicalizantes, não tiveram registro de atendimento dos profissionais do NASF e não tiveram acesso a práticas relacionadas à educação em saúde. Estas necessidades devem ser levadas em consideração para organizar o processo de cuidado integral dos indivíduos pós AVC usuários da atenção básica, como preconizado pela Linha de Cuidados em AVC e por guias clínicos.

Palavras-Chave: acidente vascular cerebral. atenção primária à saúde. classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. continuidade da assistência ao paciente. perfil de saúde.

ABSTRACT

Stroke has high incidence and prevalence rates and is considered the health condition responsible for most chronic disabilities worldwide. Stroke must be a priority for national public health and requires that the affected individuals receive comprehensive and continuous care, as recommended by the Care Line in Stroke (Brazil / Ministry of Health) and by stroke guidelines. The aim of the present study was to determine the functioning, disability and health profile of individuals with stroke and users of a Primary Care Unit (PCU) of the health district northeast of the Belo Horizonte city. From the medical records and home visits, data were collected regarding health status, assistance received from the PCU, personal and environmental contextual factors. Data were also collected regarding functioning and disability, organized according to the conceptual framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Test and instruments with adequate measurement properties and commonly applied in the assessment of individuals with stroke were used. The final sample consisted of all individuals with stroke and users of the PCU identified by the family health teams and the professionals of the "*Núcleo de Apoio à Saúde da Família*" (NASF) (n = 44, 69.23 ± 13.12 years and 67.00 ± 66.52 months of stroke). According to the descriptive analysis performed, the main results were that most individuals: had hypertension (81.8%) and hypercholesterolemia (56.8%) as associated diseases, was classified as inactive (86.5%), had self-perception of health classified from reasonable to bad (61%), had negative test for changes in cognitive function (83.3%) and positive test for suspected depression (62.9%), upper limb motor impairment ranging from mild to moderate (63%), lower limb motor impairment ranging from severe to moderate (68%) and global motor impairment ranging from severe to moderate (67%), had no change in muscle tone (>55%), showed impaired motor coordination of lower limbs (10-96,4%), good upper limbs motor coordination, and muscular weakness of the paretic side, had good self-perception of manual ability, was classified from limited to complete community ambulation (88%), with capacity to improve their natural gait speed, showed alterations in balance (51%) and in functional mobility (54.2%), with indicative of risk of falls, had negative self-perception of quality of life and perceived the environment factors as obstacles. In general, the subjects were classified with moderate to mild disability (52.3%). The majority of the individuals used the PCU to renew drugs prescription (54.5%), did not present records of care by NASF professionals

at their medical chart (54.5%), and did not receive any information from health professionals related to stroke (72.3%), even though they consider it important to receive such information (79.5%). Finally, it was concluded that the subjects who participated in the present study have chronic disabilities associated with impairments, activity limitations and participation restrictions. They require a multidisciplinary and continuous health attention. However, the majority of the subjects had the health care aimed at medicalized practices, did not have any record of care from the NASF professionals and had no access to health education-related practices. All of these health needs should be considered to a better management of the public health practices to provide a comprehensive care for subjects with stroke as recommended by the Care Line in Stroke (Brazil / Ministry of Health) and by stroke guidelines.

Keywords: stroke. primary health care. international classification of functioning, disability and health. continuity of patient care. health profile.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Variáveis ou instrumentos de medida utilizados na coleta de dados, organizados segundo modelo conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	32
GRÁFICO 1 - Utilização dos serviços da Unidade Básica de Saúde pelos indivíduos avaliados nos seis meses precedentes a avaliação.....	43
FLUXOGRAMA 1 - atendimentos pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) registrados nos prontuários dos indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	44
GRÁFICO 2 - Distribuição de frequência de indivíduos avaliados que relataram ter recebido Informações sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que consideravam importante receber informações.....	45
GRÁFICO 3 - Frequência de distribuição da auto-percepção de saúde dos indivíduos avaliados.....	46
GRÁFICO 4 - Suspeita de depressão entre os indivíduos avaliados pela GSD.....	48
GRÁFICO 5 - Frequência de distribuição dos indivíduos nas classificações da Escala de Fugl-Meyer para Membros Superiores.....	49
GRÁFICO 6 - Frequência de distribuição dos indivíduos nas classificações da Escala de Fugl-Meyer para Membros.....	50
GRÁFICO 7 - Frequência de distribuição dos indivíduos nas classificações da Escala de Fugl-Meyer- Total.....	51
GRÁFICO 8 - Frequência de distribuição dos indivíduos nas categorias da Escala de Ashworth.....	52
GRÁFICO 9 - Rastreo para alteração da função cognitiva por meio do Mini-Exame do Estado Mental.....	54
GRÁFICO 10 - Classificação dos indivíduos avaliados pela Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) quanto ao risco de queda.....	55
GRÁFICO 11 - Frequência de distribuição dos indivíduos nas categorias de classificações para o teste de Velocidade de Marcha Natural.....	56
GRÁFICO 12 - Frequência de distribuição dos indivíduos nas categorias de classificações para o teste <i>Timed “up and go” (TUG)</i>	57
GRÁFICO 13 - Frequência de distribuição dos indivíduos nas categorias da Escala Modificada de Rankin (EMR).....	58
FIGURA 2 - Resultados obtidos para a maioria dos indivíduos, organizados segundo modelo conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	59

LISTA DE TABELAS

1 - Dados descritivos (Média (DP) ou frequência (%)) das variáveis relacionadas à condição de saúde e assistência recebida da UBS.....	42
2 - Dados descritivos (Média (DP) ou frequência (%)) das variáveis relacionadas aos Fatores Pessoais.....	47
3 - Escores obtidos no LEMOCOT para o lado não parético e parético dos indivíduos avaliados e frequência relativa destes escores em relação aos valores normativos, considerando sexo e faixa etária.....	53
4 - Dados descritivos (Média \pm DP e variação [Min- Max]) e IC 95% da média das variáveis relacionadas à mobilidade.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIF	Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EEB	Escala de Equilíbrio de Berg
EFM	Escala de Fugl-Meyer
EMR	Escala Modificada de Rankin
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
GM	Gabinete do Ministro
LEMOCOT	<i>Lower Extremity Motor Coordination Test</i>
MA	Micro-área
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MQE	<i>Measure of the Quality of the Environment</i>
MS	Ministério da Saúde
NAR	Núcleo de Apoio à Reabilitação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSQOL	<i>Stroke Specific Quality of Life</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEM	Teste do Esfigmomanômetro Modificado
TUG	Teste <i>Timed "Up and Go"</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VM	Velocidade de Marcha

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 O Acidente Vascular Cerebral.....	16
1.2 O AVC, o Cuidado Integral e as Redes de Atenção.....	17
1.3 A Atenção Básica na Linha de Cuidados em AVC.....	19
1.4 O AVC e a Reabilitação na Atenção Básica.....	20
1.5 O AVC e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	22
1.6 Objetivos.....	26
2 MATERIAL E MÉTODOS	26
2.1 Delineamento.....	26
2.2 Local da Coleta de Dados.....	26
2.3 Amostra.....	28
2.4 Procedimento de Coleta.....	29
2.5 Procedimento de Análise de Dados.....	40
3 RESULTADOS	41
3.1 Amostra.....	41
3.2 Variáveis Relacionadas à Condição de saúde e Assistência Recebida da UBS.	41
3.3 Variáveis Relacionadas aos Fatores Pessoais.....	46

3.4 Variáveis Relacionadas aos Fatores Ambientais.....	48
3.5 Variáveis de Funcionalidade e Incapacidade.....	48
3.5.1 Estrutura e Função do Corpo.....	48
3.5.2 Atividade.....	54
3.5.3 Participação.....	57
3.6 Escala Modificada de Rankin.....	58
4 DISCUSSÃO.....	60
5 CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS.....	86
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
ANEXO B – Aprovação pelo CEP/SMSA/BH.....	105
ANEXO C – Aprovação pelo COEP/UFMG.....	108
ANEXO D – Carta de Anuência da UBS Leopoldo Crisóstomo de Castro.....	109
APÊNDICE A – Ficha de Avaliação.....	110

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um comprometimento neurológico de desenvolvimento rápido, causado pela redução do suprimento sanguíneo na região cerebral, gerando distúrbios clínicos focais ou globais da função cerebral, que duram mais de 24 horas, podendo levar a morte sem causa aparente senão a de origem vascular (1). No Brasil, as doenças cerebrovasculares são as principais causas de morte (2), mas o número de sobreviventes ao AVC têm aumentado (3) devido, possivelmente, ao melhor atendimento dos indivíduos acometidos pelo AVC (4;5).

A incidência do AVC aumenta significativamente com a idade, dobrando a cada década após os 50 anos (6;7). No ano de 2012, na região metropolitana de Belo Horizonte, a taxa de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devido ao AVC de indivíduos entre 50 e 59 anos foi de 13,86 por 10.000 habitantes, de indivíduos entre 60 e 69 anos foi de 29,36 por 10.000 habitantes, e de indivíduos com idade acima de 70 anos esta taxa foi de 62,64 por 10.000 habitantes da região metropolitana de Belo Horizonte (6). O estado de Minas Gerais apresentou a segunda maior taxa de internação do país devido ao AVC, com 11,23 internações por 10.000 habitantes (6). No Brasil, também em 2012, do total de 172.526 internações em decorrência do AVC, 73.309 ocorreram em indivíduos com 70 anos ou mais (6). Como a população idosa corresponderá a mais de 15% da população brasileira em 2025 (8), estes dados sinalizam a importância epidemiológica do AVC para o Brasil (9;10) e sua relevância para a saúde pública brasileira.

Em relação à prevalência, o AVC lidera as causas de doenças crônicas (7;9), gerando deficiências em estruturas e funções corporais, limitações na realização de atividades e restrições na participação (11;12). Portanto, é responsável por importante comprometimento da funcionalidade do indivíduo. Aproximadamente 90% dos sobreviventes do AVC apresentam algum grau de comprometimento funcional (5;13). Para redução deste impacto funcional é necessário adequado acompanhamento e assistência aos indivíduos, obtendo melhores resultados prognósticos, maior prevenção de incapacidades e melhora da funcionalidade e saúde (5;14-16).

A atenção a estes indivíduos requer um cuidado integral e continuado, que promova a transferência deste cuidado entre os diversos pontos de atenção à saúde (14), desde uma admissão hospitalar urgente (17), passando pelo cuidado especializado de reabilitação, até os cuidados de prevenção e promoção à saúde coordenados, principalmente, pelas equipes de atenção básica (14).

1.2 O AVC, o Cuidado Integral e as Redes de Atenção

Os modelos de cuidado integral ao indivíduo acometido pelo AVC (14;15;18), prevêm a inclusão de diversos níveis de atenção à saúde, distribuídos em padrão reticular conforme a ideia de redes de atenção. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as redes de atenção à saúde contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz-se um conceito de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de

serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (19). Desta forma, redes de atenção são uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados, que permitam responder, com efetividade, segurança e qualidade, às condições de saúde da população brasileira (20).

A estruturação de cuidados continuados ao paciente acometido pelo AVC é fundamental e deve englobar todos os níveis de atenção e atuação multiprofissional. Considerando a necessidade de se estruturar as redes de atenção à saúde e de se estabelecer uma linha de cuidado para atendimento dos indivíduos pós AVC, em 12 de abril de 2012, foi aprovada a Linha de Cuidados em AVC no Brasil, pela publicação da Portaria MS/GM nº 665, do Ministério da Saúde (21). A Linha de Cuidados foi criada com objetivo de reduzir a morbimortalidade pelo AVC a partir do atendimento integral ao paciente, vislumbrando todas as suas demandas de atenção à saúde (21). O cuidado integrado e continuado (14) favorece melhor atendimento aos indivíduos, sendo confirmado na literatura que pacientes que recebem cuidado organizado e multidisciplinar, como o oferecido em Unidade de AVC, são mais prováveis de serem ativos e independentes, otimizando o cuidado agudo e diminuindo complicações pós AVC (5).

Apesar de antes de 2012 já existir o conceito de linha de cuidado e o entendimento da sua importância para alcançar melhor tratamento e recuperação dos pacientes (15), devido à recente regulamentação da Linha de Cuidados em AVC, indivíduos acometidos pelo AVC anterior à data de criação da linha de cuidado, atendidos pelo SUS, podem não ter recebido o atendimento, tratamento e/ou seguimento adequado, o que pode ter contribuído para o prejuízo nos cuidados à sua saúde e à sua funcionalidade. Além disso, dadas todas as dificuldades ainda existentes na implementação do que é preconizado

pelo Ministério da Saúde, apenas a publicação desta linha de cuidado não garante que o que é preconizado já esteja sendo executado e, portanto, até mesmo os indivíduos acometidos pelo AVC após a regulamentação da Linha de Cuidados em AVC podem não estar recebendo o atendimento, tratamento e/ou seguimento preconizado.

1.3 A Atenção Básica na Linha de Cuidados em AVC

De acordo com o que é estabelecido na Linha de Cuidados em AVC, a Atenção Básica (AB) 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 (14). No evento agudo, quando o usuário procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa(s) sugestiva(s) de AVC, a equipe deve realizar o primeiro atendimento e, em seguida, encaminhar o paciente para o serviço de urgência (14;15). Porém, a ação da UBS na Linha de Cuidados em AVC não se resume somente ao evento agudo (14).

Como a UBS é a porta de entrada e o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (22), a equipe da UBS deve ser responsável pelo acompanhamento, seguimento e assistência do indivíduo, possibilitando a promoção de hábitos de vida saudáveis, a prevenção de incapacidades e de surgimento de outras doenças cardiovasculares, e a melhora da funcionalidade, saúde e, até mesmo, da qualidade de vida (14;15;23). Apesar disto, após o AVC, boa parte dos indivíduos retornam à comunidade sem serem atendidos e/ou acompanhados pela UBS da sua área de abrangência, não tendo acesso a uma resolução integral da sua condição de saúde, como, por exemplo, atenção dos serviços de reabilitação para ajudar a reduzir

deficiências e incapacidades (24) e para melhorar a funcionalidade e a saúde em geral. Neste contexto, estes indivíduos podem viver em situações de restrição social e subsequentes perdas de autonomia, agravos da condição de saúde, hospitalizações recorrentes, e outros problemas de saúde que poderiam ser evitados, resultando em um aumento dos gastos do sistema de saúde (15;25).

1.4 O AVC e a Reabilitação na Atenção Básica

Conforme a Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde define ações de Reabilitação na AB como aquelas “que propiciem a redução de incapacidades com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde” (26). O processo de reabilitação deve ocorrer o mais próximo possível da moradia do indivíduo, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território (26). Assim, é fundamental que os serviços da AB sejam fortalecidos para o cuidado da população com incapacidade, como no caso dos indivíduos pós AVC, e que suas equipes tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade, encaminhando adequadamente os usuários para outros níveis de complexidade, quando se fizer necessário (26). O que foi estabelecido pela Linha de Cuidado em AVC reforça ainda mais esta necessidade. Além disso, um guia clínico atual relacionado à reabilitação de indivíduos pós AVC, elaborado pela *National Stroke Foundation*, recomenda, da mesma forma que a Linha de Cuidados em AVC, que estes indivíduos precisam ser acompanhados por uma equipe multiprofissional e necessitam ter acesso aos serviços de reabilitação. Assim, recomenda-se atendimento especializado em nível ambulatorial para

a assistência após a alta hospitalar, seguido de cuidados domiciliares e de reintegração social em sua comunidade (14;16). Além disso, para um acompanhamento a longo prazo, estes indivíduos devem ser encorajados a participar de programas de exercícios continuados oferecidos em sua comunidade e devem ser acompanhados anualmente pelo profissional da reabilitação para verificar a necessidade de novas intervenções (16), para permitir, assim, manutenção e/ou melhora da sua condição de saúde e funcionalidade.

Em 2005, Belo Horizonte criou as primeiras referências do serviço de reabilitação na atenção primária, sendo estes conhecidos como Núcleo de Apoio à Reabilitação (NAR) (27), estando presentes, inicialmente, em dois distritos sanitários: Barreiro e Norte (28). Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria MS/GM nº 154 (26), ampliando, então, a política iniciada em Belo Horizonte. O principal objetivo do NASF é apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (29). Portanto, a ESF, componente da Atenção Primária à Saúde (APS), é a porta de entrada prioritária do SUS, cujo propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde, levando a saúde para mais perto das famílias. O NASF foi criado, então, com o intuito de ampliar a ação da ESF na rede de serviços, sendo uma estratégia que visa, também, aperfeiçoar a atenção da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família (26;29). Dessa forma, o NASF não se constitui em porta de entrada do sistema, por isso deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as Equipes Saúde da Família nas UBS (26).

Assim, de acordo com a Linha de Cuidados em AVC, quando a Equipe de Saúde da Família for apoiada pelo NASF, o caso dos usuários deve ser discutido entre a equipe

e os profissionais do NASF, verificando a necessidade de atendimento conjunto e multidisciplinar, e a necessidade de encaminhamento a outros serviços especializados (14). Atualmente, em Belo Horizonte, a APS conta com as equipes multiprofissionais do NASF nos nove Distritos Sanitários da cidade. Portanto, estas equipes constituem-se como referência para as Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte. Como preconizado pela Linha de Cuidados em AVC, as Equipes de Saúde da Família devem desenvolver ações de reabilitação com o objetivo de manter a população sob sua responsabilidade com a maior capacidade funcional possível, tentando instituir a integridade física e mental aos usuários do SUS, qualificando e complementando o trabalho das UBS (14;26;30;31).

1.5 O AVC e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

O indivíduo acometido pelo AVC comumente apresenta importantes incapacidades, necessitando de um tratamento com uma abordagem ampliada, não restrita à prescrição de medicamentos, mas envolvendo a atuação multiprofissional e o cuidado compartilhado, buscando a promoção da saúde (14). A reabilitação apresenta importante papel na redução das sequelas do AVC (14) e na restauração da funcionalidade destes indivíduos, uma vez que utiliza uma combinação de intervenções físicas, sociais e educacionais (32) para ajudar pessoas, com incapacidade ou com possibilidade de adquirir alguma incapacidade, a alcançarem e/ou manterem sua funcionalidade ideal na interação com o ambiente onde vivem (33). Assim, o processo de reabilitação deve iniciar durante a hospitalização, na fase aguda do AVC, e ser continuado após a alta, alcançando melhores desfechos, otimizando a independência funcional (5;34;35), prevenindo agravos e promovendo saúde (14).

As ações da reabilitação devem ser orientadas pelo modelo de Funcionalidade e Incapacidade Humana da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS (36;37), cujos alguns dos objetivos são proporcionar uma base científica para compreensão e estudo das condições de saúde e estabelecer uma linguagem comum para descrição de situações relacionadas às funções humanas e às suas restrições (38). A CIF prioriza a funcionalidade como componente da saúde, englobando todas as estruturas e funções do corpo, o desempenho do indivíduo na realização de atividades e a participação social, considerando fatores pessoais e o ambiente em que o indivíduo vive. Similarmente, incapacidade abrange as diferentes manifestações de uma condição de saúde, como deficiências em estruturas e funções do corpo, limitações em atividades e restrições à participação do indivíduo na sociedade (39). Assim, de acordo com a CIF, a funcionalidade e a incapacidade são fenômenos multidimensionais que resultam da interação entre pessoas com uma condição de saúde e o seu ambiente físico e social (38).

A estrutura da CIF ajuda a identificar o causador de incapacidade, que pode ser o ambiente onde o indivíduo vive, que cria barreiras e não apresenta facilitadores; a capacidade limitada do próprio indivíduo de lidar com sua condição de saúde; ou uma combinação de fatores (38). Neste sentido, o profissional da reabilitação, ao utilizar a CIF como estrutura conceitual para nortear as suas estratégias de abordagem e de tomada de decisão clínica, conseguirá identificar melhor o perfil funcional de cada indivíduo (40) e suas necessidades de intervenção, criando abordagens mais específicas e eficientes (37), de forma a minimizar as incapacidades associadas à condição de saúde e melhorar a funcionalidade destes indivíduos (36).

É reportado na literatura que, ao identificar o perfil epidemiológico da população de uma determinada região, é possível especificar quais as necessidades apresentadas por

esta região, para identificar, avaliar e tratar os indivíduos com alguma condição de saúde, e para identificar a necessidade de melhorias ou modificações nas estratégias de políticas de saúde da área estudada (24). Portanto, é fundamental realizar estudos que se dediquem a avaliar o perfil funcional de usuários da APS de uma dada região e as necessidades de saúde desta área, utilizando como base para avaliação uma classificação de funcionalidade, assim como é a CIF (41).

Dessa forma, o uso da CIF, como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana e como ferramenta clínica para direcionar a avaliação das necessidades em saúde e compatibilizar os tratamentos com as condições específicas (41), possibilita colher informações relacionadas aos domínios de saúde e funcionalidade de indivíduos pós AVC, como alterações de estrutura e função do corpo, as limitações de atividades, as restrições à participação social e as interações destes com o contexto dos indivíduos. O uso da CIF possibilita, também, interpretar estas informações, permitindo estabelecer o perfil funcional e a situação de saúde destes indivíduos (36). Assim, considerando que estes indivíduos acometidos pelo AVC são usuários do SUS, de uma UBS específica, ao determinar o perfil funcional deles e a assistência oferecida por esta UBS a eles, também será possível determinar as necessidades em saúde de uma determinada área de abrangência, sendo possível desenvolver atividades sociais, elaborar políticas públicas, oferecer intervenções e tratamentos adequados a indivíduos que apresentam alterações decorrentes de uma condição de saúde específica, que é o AVC (36;41;42).

As sequelas decorrentes do AVC variam de acordo com a localização e dimensão da lesão cerebral, podendo estar relacionadas a alterações neuromusculares, motoras, sensoriais, perceptivas, cognitivas e/ou comportamentais. Dentre as sequelas comumente observadas, as motoras são as mais prevalentes e estão relacionadas a importantes

comprometimentos na funcionalidade. Portanto, devido a estes comprometimentos, os indivíduos necessitam ter adequado acompanhamento e, por isso, são comumente encaminhados aos serviços de reabilitação, dentre estes a fisioterapia. Considerando as sequelas motoras, destacam-se como questões importantes de serem avaliadas: força muscular, coordenação, desempenho da marcha e de atividades com os membros superiores. A partir dessa avaliação, identificam-se, então, quais os principais comprometimentos apresentados pelos indivíduos e quais as necessidades em saúde que guiarão o processo de reabilitação funcional.

Em síntese, para que alguns dos objetivos preconizados pela Linha de Cuidados em AVC sejam atendidos, o ponto de partida é conhecer o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de todos os indivíduos já acometidos pelo AVC e usuários de uma UBS específica, utilizando a CIF como base para direcionar a coleta de dados e interpretação dos resultados obtidos (41). Além disso, é fundamental determinar como o indivíduo pós AVC está sendo acompanhado pela UBS e pela equipe do NASF de sua referência, como foram organizados os cuidados pós-hospitalar (atenção domiciliar, reabilitação integral e rede básica), e como são os cuidados específicos e direcionados oferecidos a estes indivíduos. Estas informações possibilitarão verificar as necessidades de reformular as estratégias e o sistema de atendimento de uma região específica, e a necessidade de criação de abordagens direcionadas aos indivíduos acometidos pelo AVC, como o recomendado pela Portaria MS/GM nº665 referente à Linha de Cuidados em AVC.

1.6 Objetivo

Determinar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo AVC e usuários do SUS, tendo como referência uma UBS do distrito sanitário nordeste da cidade de Belo Horizonte.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Delineamento

Foi conduzido um estudo descritivo, de base populacional, no qual indivíduos pós AVC e usuários de uma UBS de Belo Horizonte foram convidados a participar. Os mesmos foram informados sobre os procedimentos adotados para o desenvolvimento do estudo e foram incluídos aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO A) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) (ANEXO B) e da UFMG (ANEXO C).

2.2 Local da Coleta de Dados

Para realizar a coleta de dados, buscou-se uma UBS que atendesse aos critérios, ou pelo menos grande parte dos critérios, estabelecidos pelo Ministério da Saúde em relação a organização de uma UBS e das Equipes de Saúde da Família: equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de

saúde (ACS), devendo ser o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada (43;44). Ser uma UBS que tivesse apoio de uma equipe do NASF organizada da forma como é preconizado: ter no mínimo cinco profissionais com formação universitária e estar vinculada a, no mínimo, oito e máximo de vinte equipes de saúde da família (44). Além disso, estar localizada em uma área que favorecesse o acesso a UBS e à casa dos seus usuários.

Uma UBS, situada no distrito sanitário nordeste da cidade de Belo Horizonte, foi selecionada por atender grande parte dos critérios acima citados. Além disto, esta UBS também já contava com a realização de atividades diversas em parceria com a UFMG, dentre elas atividades de ensino e extensão, o que favoreceria a possibilidade de realização da atividade de pesquisa do presente projeto de pesquisa.

Na época da coleta de dados, a referida UBS assistia uma população de 16.363 usuários e contava com quatro Equipes de Saúde da Família, numeradas de um a quatro, cada uma delas composta por um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e ACS: variando de dois a seis por equipe. As regiões de abrangência das equipes estavam divididas em micro-áreas: variando de quatro a seis por equipe.

Além das Equipes de Saúde da Família, a UBS contava com o apoio de uma equipe do NASF, composta pelos seguintes profissionais: uma assistente social, um educador físico, duas fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma psicóloga, um psiquiatra e uma terapeuta ocupacional. Esta equipe do NASF também prestava assistência em mais duas UBS, também do distrito sanitário nordeste de Belo Horizonte. No entanto, uma das fisioterapeutas do NASF realizava as suas atividades exclusivamente na UBS onde ocorreu as coletas de dados.

A UBS selecionada também apresentava uma estrutura física ampla e bem distribuída, com um consultório médico para cada equipe, sala para realização de reuniões e de grupos operativos e uma sala exclusiva para atendimento fisioterápico. Além da boa estrutura física, a UBS encontra-se em um local de fácil acesso e em uma área predominantemente de baixo risco (somente a equipe um possuía micro-área em locais de alto risco), o que facilitou tanto a chegada à UBS quanto a circulação ao longo da sua área de abrangência, o que viabilizou a coleta dos dados no domicílio dos indivíduos.

2.3 Amostra

Foi feita a identificação dos indivíduos em potencial para participar do estudo nas reuniões realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e pelo NASF na UBS. Para isso, o presente projeto de pesquisa foi inicialmente divulgado para a gerente (ANEXO D) e membros das quatro equipes de saúde na UBS onde foram realizadas as coletas de dados. Pelo menos uma vez por mês, um dos membros do grupo de pesquisa participou das reuniões destas equipes com o objetivo de identificar estes indivíduos.

À medida que estes indivíduos foram sendo identificados, dados dos seus prontuários, presentes na UBS, foram analisados e, posteriormente, eles foram convidados a participar do estudo para coleta de variáveis de funcionalidade, incapacidade e saúde; e variáveis relacionadas aos Fatores Pessoais e Fatores Ambientais. Quando o indivíduo concordou com a sua participação voluntária e assinou o TCLE, a coleta dos dados foi continuada. Quando o indivíduo não concordou em participar e não assinou o TCLE, os dados coletados dos prontuários foram descartados, não sendo utilizados para análise, e a coleta de dados não teve prosseguimento. Todos os indivíduos que foram identificados como em potencial de participar do estudo, tiveram seus prontuários analisados e receberam visita domiciliar para prosseguir a coleta de dados.

Para participação no estudo, os indivíduos deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: apresentar diagnóstico clínico de AVC primário ou recorrente há mais de seis meses; ser residente na comunidade da área de abrangência da UBS; ser usuário do SUS, com cadastro na UBS de sua área de abrangência, e ser identificado pelos funcionários das UBS; ter idade igual ou superior a 20 anos e assinar o TCLE.

2.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Todos os dados foram coletados por um único examinador, fisioterapeuta, previamente treinado com todos os procedimentos, auxiliado por outro examinador, também previamente treinado. As coletas de dados ocorreram entre o mês de maio de 2013 ao mês de maio de 2014.

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 consistiu de visita domiciliar para finalizar a coleta de dados.

Dessa forma, no primeiro dia, inicialmente, foram verificados os critérios de inclusão, exceto a assinatura do TCLE, e, em seguida, foram coletados os dados do prontuário. As informações extraídas do prontuário do indivíduo na UBS só foram utilizadas no presente estudo após o consentimento do indivíduo e/ou de seu familiar responsável, que foi obtido durante a avaliação realizada na visita domiciliar. As informações coletadas do prontuário foram complementadas pelo indivíduo e/ou por seu familiar responsável e/ou cuidador, com a aplicação de um questionário semi-estruturado, previamente elaborado para esta finalidade (APÊNDICE A). No segundo dia, após confirmação dos critérios de inclusão e assinatura do TCLE, os dados relacionados à condição de saúde, dados relacionados aos Fatores Pessoais e Fatores Ambientais, e dados relacionados à funcionalidade e incapacidade foram coletados.

Para a coleta dos dados, foi utilizada uma ficha de avaliação previamente elaborada (APÊNDICE A) em que foram registradas as variáveis classificadas em:

-Variáveis relacionadas à condição de saúde e assistência recebida da UBS:

Dados referentes ao episódio do AVC, doenças associadas, quantidade de medicamentos utilizados, utilização dos serviços da UBS nos últimos seis meses

precedentes à data da avaliação, atendimento registrado por algum profissional do NASF após o episódio de AVC e se o indivíduo recebeu de algum profissional da UBS alguma informação, e orientação sobre o AVC.

-Variáveis relacionadas aos Fatores Pessoais:

Idade, sexo, nível de escolaridade, nível socioeconômico (Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Pesquisa (45), renda individual, atividade remunerada, ter plano privado de assistência à saúde, nível de atividade física (Critérios do *Centers for disease control and prevention*: vigoroso, moderado, insuficiente e inativo (46) a partir do cálculo para estimar o custo metabólico da atividade física, baseado no sexo, idade, frequência, duração e tipo de atividade realizada no último mês), e auto-percepção de saúde.

-Variáveis relacionadas aos Fatores Ambientais:

Os fatores ambientais foram mensurados a partir da aplicação do questionário *Measure of the Quality of the Environment* (MQE) – versão reduzida (47). Utilizou-se a versão brasileira do MQE, gentilmente cedida pelo grupo de pesquisa coordenado pela Prof^a Dr^a Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela, responsável pela tradução e validação deste instrumento para o Português-Brasil. Este questionário é composto por 26 itens que mensuram a percepção do indivíduo a respeito do ambiente físico e social através da utilização de uma escala de sete pontos, variando de -3 (obstáculo importante) a 3 (facilitador principal) (47). Foram calculados dois escores finais: escore de obstáculo ambiental, que corresponde à média de todas as respostas negativas, e escore de facilitador ambiental, que equivale à média de todas as respostas positivas, proporcionando, desta forma, informações sobre a percepção do indivíduo em relação a magnitude de barreiras e/ou facilitadores na realização de atividades e na participação

(47). Assim, o maior escore (obstáculos ou facilitadores) representa a percepção do indivíduo em relação aos fatores contextuais.

A mesma ficha de avaliação (APÊNDICE A) foi utilizada para a coleta das variáveis de funcionalidade e incapacidade, organizadas segundo a estrutura conceitual da CIF: estrutura e função do corpo, atividade, participação (48-51). Para a obtenção destas variáveis, foram utilizados testes e medidas padronizados, com adequadas propriedades de medida, e comumente empregados na população de indivíduos acometidos pelo AVC (48-50;52), como detalhado a seguir (Figura 1).

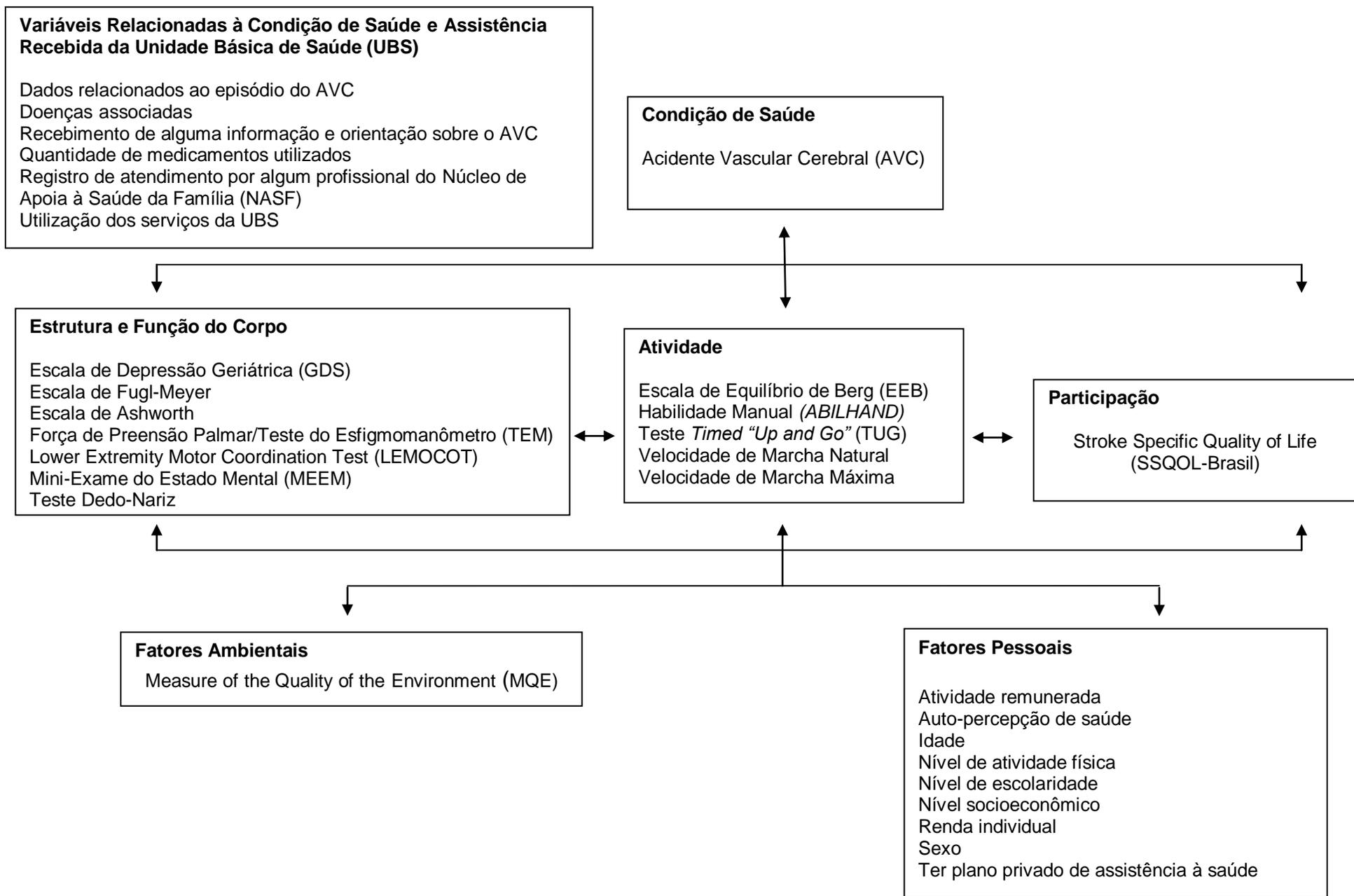


Figura 1: Variáveis ou instrumentos de medida utilizados na coleta de dados, organizados segundo modelo conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF).

a) Estrutura e Função do Corpo:

a.1) Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

A versão brasileira, simplificada de 15 questões, da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), aplicada em forma de entrevista, foi utilizada para avaliar alteração da função mental, sendo uma medida para rastreio de depressão (53). A escala GDS-15 apresenta adequados valores de confiabilidade e validade para rastreio de depressão em indivíduos acometidos pelo AVC (54). A versão simplificada da escala GDS apresenta pontuação variando de 0 a 15, sendo que quanto maior a pontuação maior a suspeita de depressão. Escores maiores que cinco são considerados adequados para detectar suspeita de depressão (53;55;56). Portanto, este ponto de corte foi utilizado para classificar os indivíduos do presente estudo.

a.2) Escala de Fugl-Meyer (EFM)

A mensuração do estágio de retorno motor foi realizada com a aplicação da versão brasileira da Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (EFM) (57). A EFM avalia a função motora da extremidade superior e inferior apresentando uma pontuação máxima de 100 pontos (66 pontos para extremidade superior e 34 pontos para extremidade inferior) (57). A EFM apresenta resultados adequados de validade e confiabilidade para indivíduos pós AVC (57;58). A sub-escala relacionada aos membros superiores totaliza 66 pontos, sendo utilizados escores menores que 30 para refletir comprometimento severo, 30-49 comprometimento moderado, 50-65 comprometimento leve e escore 66 sem comprometimento. A sub-escala relacionada aos membros inferiores totaliza 34 pontos, sendo utilizados escores menores que 17 para refletir comprometimento severo, 18-28 comprometimento moderado, 29-33 comprometimento leve e escore 34 sem comprometimento. O comprometimento motor global do indivíduo foi determinado de acordo com a pontuação total adquirida, em que 50 pontos indicam um comprometimento

severo, 50-84 marcante, 85-95 moderado, e 96-99 comprometimento leve (58). Portanto, estas foram as classificações utilizada no presente estudo.

a.3) Escala Modificada de Ashworth

A escala modificada de Ashworth foi utilizada para avaliar o tônus dos músculos flexores de cotovelo e extensores do joelho dos indivíduos. O examinador realizou a movimentação passiva do membro do indivíduo seguindo posicionamento e velocidade descritas no protocolo Bohannon e Smith (1987) e atribuindo escore conforme descrição da escala (59). Esta escala apresenta resultados adequados de validade e confiabilidade para avaliação de tônus em indivíduos pós AVC (60).

a.4) Força de Preensão Palmar/Teste do Esfigmomanômetro Modificado (TEM)

Foi utilizada a força de preensão palmar como medida de força muscular, uma vez que já foi reportado na literatura que a força de preensão pode ser utilizada para informar sobre a força global do membro superior parético e função motora de indivíduos acometidos pelo AVC (61). Apesar de ainda não terem informações específicas sobre o uso da força de preensão palmar como critério diagnóstico ou preditivo em indivíduos acometidos pelo AVC, em indivíduos idosos, esta variável é um dos critérios diagnósticos de fragilidade (62;63) e é capaz de prever redução de função muscular de membros inferiores (MMII) (64). No presente estudo, a força de preensão palmar foi mensurada utilizando-se o Teste do Esfigmomanômetro Modificado (TEM) (65;66). Para realização do teste, seguiu-se o protocolo padronizado e recomendado para indivíduos acometidos pelo AVC (65;67): o indivíduo deveria ser capaz de permanecer sentado em uma cadeira com os pés apoiados no chão, ombro aduzido, cotovelo flexionado a 90°, antebraço na posição neutra e punho de 0° a 30° de extensão para esta avaliação. O TEM apresenta resultados adequados de validade e confiabilidade para avaliação da força de preensão palmar desta

população, sendo necessária a realização de apenas uma repetição, após familiarização (65), o que foi adotado no presente estudo.

a.5) *Lower Extremity Motor Coordination Test* (LEMOCOT)

Para realização do LEMOCOT, teste que avalia a coordenação motora de MMII, o participante foi posicionado assentado, sem os sapatos, em uma cadeira e solicitado a tocar, alternadamente, o hálux em dois alvos circulares com 6 cm de diâmetro (um proximal e um distal) separados por 30 cm em uma placa rígida instalada no chão, durante um período de 20 segundos (68). O teste, realizado bilateralmente, utilizou uma repetição para cada membro, após familiarização (69). O número de toques nos alvos (acerto) constitui o escore final do teste, sendo que se o alvo não for tocado, ele não é computado na contagem. O teste apresenta adequada confiabilidade e validade em indivíduos pós AVC (68). Os valores de referência estabelecidos para o LEMOCOT, baseados no sexo e idade de indivíduos saudáveis, foram determinados (69) e utilizados no presente estudo como referência para análise dos valores que foram obtidos com os indivíduos acometidos pelo AVC.

a.6) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

Para avaliar a função cognitiva dos indivíduos, utilizou-se a versão brasileira do MEEM, que informa sobre capacidade de concentração, memória, atenção, orientação temporoespacial, capacidade de cálculo e evocação e linguagem (70), a pontuação do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, maior chance de alteração da função cognitiva. O MEEM apresenta adequada validade para rastreamento de alteração cognitiva em indivíduos pós AVC (71). No presente estudo, para rastreamento de possíveis alterações cognitivas, considerando a influência do nível educacional no escore obtido, foram utilizados os pontos de corte de 13 para analfabetos, 18 para indivíduos

com 1 a 7 anos de escolaridade e 26 para aqueles com 8 ou mais anos de escolaridade (70;72).

a.7) Teste dedo-nariz

O teste dedo-nariz, que avalia a coordenação motora de membros superiores (MMSS), consiste na contagem do número de vezes que o indivíduo toca seu nariz e um alvo durante 20 segundos. O teste foi realizado bilateralmente, utilizando uma repetição para cada membro, após familiarização. Um alvo vermelho de dois centímetros de diâmetro foi fixado em uma parede na altura dos olhos do indivíduo (73). O indivíduo foi posicionado em uma cadeira comum de frente para esta parede a uma distância de 45 centímetros do alvo. O número de toques no alvo (acerto) constitui o escore final do teste, sendo que se o alvo não for tocado, ele não é computado na contagem (73). O teste apresenta adequada confiabilidade para indivíduos com lesões cerebrais (74).

b) Atividade:

b.1) Escala de equilíbrio de Berg (EEB)

A versão brasileira da escala de equilíbrio de Berg (75) foi usada para medidas funcionais de equilíbrio. Esta escala permite avaliar de maneira quantitativa o equilíbrio estático ou dinâmico, baseando-se na avaliação do desempenho do indivíduo em 14 itens de atividades de vida diária, e cada item apresenta uma alternativa de resposta variando 0 (incapaz de realizar) a 4 (realização normal) pontos. A EEB apresenta adequada validade e confiabilidade quando utilizada em indivíduos pós AVC (76). O máximo escore que pode ser alcançado é 56, sendo que escores iguais ou menores que 29 foram associados com um risco de queda próximo de 100% em indivíduos acometidos pelo AVC (77), e este foi o ponto de corte utilizado no presente estudo para classificar os indivíduos.

b.2) Habilidade Manual - *ABILHAND*

A medida de habilidade manual percebida pelo indivíduo foi obtida aplicando-se, sob entrevista, a versão em português do questionário ABILHAND (78). O ABILHAND é composto por vinte e três atividades funcionais que requerem habilidades bimanuais (79). O instrumento apresenta adequada validade e confiabilidade em indivíduos pós AVC (79). O indivíduo foi solicitado a estimar o grau de dificuldade auto-percebido no desempenho de cada tarefa funcional. Para a avaliação, utiliza-se uma escala ordinal de três pontos (fácil = 2; difícil = 1; impossível = 0). Atividades não realizadas nos últimos três meses ou que não fazem parte do cotidiano do indivíduo não foram pontuadas (78;79). O escore bruto obtido pela aplicação do ABILHAND foi transformado em uma medida linear (logits) por meio da análise Rasch específica para indivíduos pós AVC, seguindo o procedimento disponibilizado no Rehab-Scales.org (78). Os valores em logits que são utilizados como base para referenciar a qualidade da auto-percepção da habilidade manual.

b.3) Teste *Timed "Up and Go"* (TUG)

O teste *Timed "Up and Go"* (TUG), que mensura, em segundos (s), o tempo gasto para levantar da cadeira, andar 3 metros, girar 180°, caminhar novamente em direção a cadeira e sentar-se, foi utilizado para avaliar a mobilidade funcional dos indivíduos (80). A medida do tempo gasto para efetuar o teste apresenta adequada confiabilidade em apenas uma única repetição para indivíduos acometidos pelo AVC, após familiarização (81), o que foi adotado no presente estudo. O TUG apresenta adequada confiabilidade quando usado para avaliar indivíduos pós AVC (82). Como reportado na literatura (82), devido à relevância clínica do TUG em relação à mobilidade funcional e à possibilidade de prever quedas, é possível utilizar o tempo gasto para sua realização para classificar os indivíduos pós AVC crônicos quanto ao risco de cair (83). Para isso, utiliza-se valores maiores ou iguais a 14s para prever alto risco de quedas nestes indivíduos (83).

Portanto, esta classificação foi utilizada no presente estudo, sendo os indivíduos classificados como: com risco de quedas ($\geq 14s$) e sem risco de quedas ($< 14s$).

b.4) Velocidade de Marcha Natural e Máxima (VN-Natural e VM-Máxima)

A velocidade da marcha (m/s) foi avaliada solicitando aos indivíduos que deambulassem numa velocidade confortável e máxima uma distância de 9 metros, utilizando seus dispositivos de auxílios, calçados e órteses usuais. Foram utilizadas marcas coloridas no chão para demarcar 9 metros e 5 metros centrais dentro destes 9 metros (2 metros iniciais utilizados para aceleração e 2 metros finais para desaceleração não foram contabilizados). As instruções para realização da velocidade natural e máxima foram dadas de acordo com o sugerido por Nascimento *et al.* (2012) (84) e o indivíduo realizou o teste uma vez após familiarização (85) e o tempo gasto para percorrer os 5 metros centrais foi obtido com um cronômetro digital (86) (Oxer®, modelo Stopwatch BSH200). Medidas de velocidade de marcha são válidas para avaliar mobilidade em indivíduos pós AVC (87). Após o cálculo da velocidade de marcha natural, os indivíduos foram classificados dentre as seguintes categorias: deambulação domiciliar ($< 0,4$ m/s), limitada deambulação comunitária (entre 0,4 e 0,8 m/s) e completa deambulação comunitária ($> 0,8$ m/s) (88).

c) Participação:

O componente Participação é considerado o mais complexo da CIF, sendo amplamente avaliado utilizando-se de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, apesar de participação e qualidade de vida serem constructos diferentes (89). No entanto, a utilização do *Stroke Specific Quality of Life* (SSQOL-Brasil), um instrumento de qualidade de vida específico para indivíduos acometidos pelo AVC, é indicada para avaliar participação destes indivíduos, segundo conceito da CIF, uma vez que avalia

diferentes áreas e contém a maioria dos seus itens relacionados à participação (89), apesar de haver algumas limitações para esta indicação (89;90). Assim, a versão brasileira do SSQOL (91) foi aplicada sob forma de entrevista. O questionário refere-se à percepção na semana anterior, e apresenta valores adequados de validade e confiabilidade (91). O SSQOL possui doze domínios, totalizando 49 itens, sendo que para cada item há cinco opções de respostas, podendo variar de um a cinco. Dentre os 49 itens do SSQOL, 26 avaliam componentes relacionados à participação, e das 12 áreas avaliadas pelo questionário, oito estão associadas à participação: papéis familiares, linguagem, mobilidade, auto-cuidado, papéis sociais, memória, função da extremidade superior e trabalho (89). O escore utilizado no presente estudo foi o escore total do SSQOL-brasil, cuja pontuação mínima possível é 49 (pior percepção de qualidade de vida) e a pontuação máxima total é 245 (melhor percepção de qualidade de vida) (89).

Após coleta de todos os dados, principalmente aqueles relacionados às variáveis de estrutura e função do corpo, atividade e participação, o examinador classificou cada um dos indivíduos quanto à incapacidade e dependência nas atividades de vida diária (AVD) utilizando uma escala de avaliação funcional, a Escala Modificada de Rankin (EMR) (92). A EMR foi utilizada no presente estudo, pois é um instrumento comumente utilizado na prática clínica para avaliar a incapacidade dos indivíduos acometidos pelo AVC e utilizado, também, como medida de prognóstico para tratamento destes indivíduos, além de poder ser aplicada e interpretada por qualquer profissional da área da saúde (92-95). A EMR apresenta adequada confiabilidade para avaliação de indivíduos pós AVC (92;96). A EMR apresenta seis categorias: 0 – assintomático, 1 – nenhuma incapacidade significativa: capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias, 2 – incapacidade leve: incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda, 3 – incapacidade moderada: requer

alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outras pessoas, 4 – incapacidade moderadamente severa: incapacidade de andar sem ajuda e incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda, 5 – incapacidade severa: limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante. As descrições relacionadas a cada categoria da EMR estão relacionadas a interpretações subjetivas (96). Como não há um critério específico para a classificação do indivíduo segundo as categorias da EMR, no presente estudo, os indivíduos pós AVC foram classificados pelo examinador principal somente depois de finalizada a avaliação que possibilitou coletar dados relacionados à funcionalidade, incapacidade e saúde, com objetivo de diminuir possíveis vieses e aumentar a qualidade da classificação (96).

2.5 Procedimentos de Análise de Dados

Para as variáveis categóricas ordinais e nominais foram calculadas as frequências absolutas e relativas (%). Para as variáveis quantitativas normalmente distribuídas (utilizou-se o Teste Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados) foram calculados média e desvio padrão. Para as outras variáveis, foram calculadas mediana e diferença interquartil. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS® para Windows (Versão 17.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

3 RESULTADOS

3.1 Amostra

As Equipes de Saúde da Família da UBS identificaram 66 indivíduos com AVC e que eram usuários da UBS. Destes 66 indivíduos, dois já tinham falecido e seis não tinham prontuário na UBS (frequentavam a unidade apenas para receberem medicamentos). Portanto, os prontuários de 58 indivíduos foram analisados. Destes 58, nove eram referentes a indivíduos que na verdade não tinham sido acometidos pelos AVC; dois indivíduos não concordaram com a participação voluntária no estudo, dois estavam institucionalizados e um havia se mudado para o interior do estado de Minas Gerais. Logo, 44 indivíduos foram incluídos no estudo e participaram da avaliação proposta.

Dos 44 indivíduos avaliados, dois estavam traqueostomizados e não apresentavam fala, cinco apresentavam afasia motora e/ou sensitiva e um apresentava diagnóstico médico de demência grave. Portanto, um total de 18,2% (n=8) dos indivíduos não foi capaz de responder à pergunta relacionada à auto-percepção de saúde e aos seguintes questionários: GDS, MEEM, ABILHAND e MQE.

3.2 Variáveis relacionadas à Condição de Saúde e Assistência Recebida da UBS

Os resultados referentes às variáveis relacionadas ao episódio de AVC (lado de acometimento, quantos episódios de AVC e tipo de AVC), às doenças associadas e à quantidade de medicamentos utilizados pelos indivíduos avaliados estão apresentados na

Tabela 1. Como pode ser observado nesta tabela, a maioria dos indivíduos apresentava: o lado direito acometido; um episódio de AVC, sendo este isquêmico; hipertensão arterial, hipercolesterolemia e/ou déficit visual como doenças associadas; e tomavam, em média, quatro medicamentos por dia.

Tabela 1: Dados descritivos (Média (DP) ou frequência (%)) das variáveis relacionadas à condição de saúde.

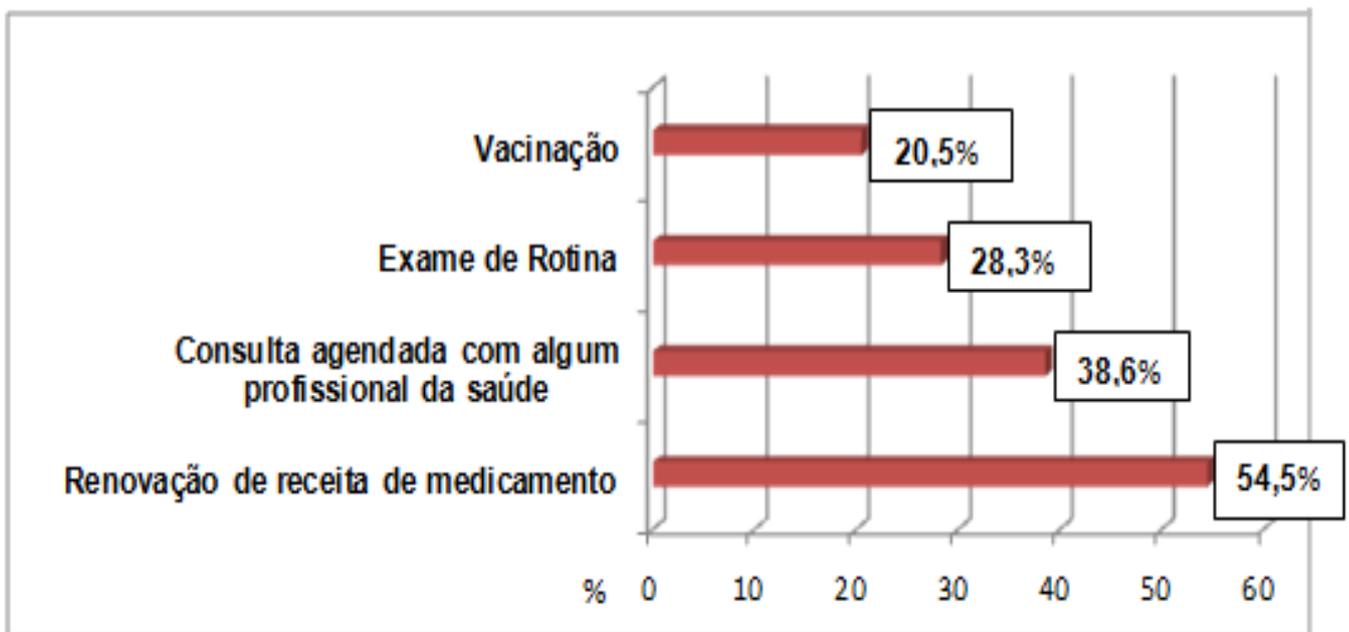
Variáveis	n=44
Lado de acometimento, % (n)	
Direita	52 (23)
Esquerda	45,5 (20)
Ambos os lados	2,3 (1)
Episódios de AVC, % (n)	
Um episódio	68,2 (30)
Dois ou mais episódios	31,8 (14)
Tipo de AVC, % (n)	
Isquêmico	68,2 (30)
Hemorragico	18,2 (8)
Não souberam informar	13,6 (6)
Doenças Associadas, % (n)*	
Hipertensão Arterial	81,8 (36)
Hipercolesterolemia	56,8 (25)
Déficit Visual	52,3 (23)
Diabetes	27,3 (12)
Outras cardiopatias (IC ou IAM)	27,3 (12)
Incontinência Urinária	25 (11)
Quantidade de medicamento, média (DP)	4,11 (2,22)

*Foram reportadas as doenças associadas que apresentaram frequência maior ou igual a 25%.

Legenda: AVC= Acidente Vascular Cerebral; IC= Insuficiência Cardíaca; IAM= Infarto Agudo do Miocárdio.

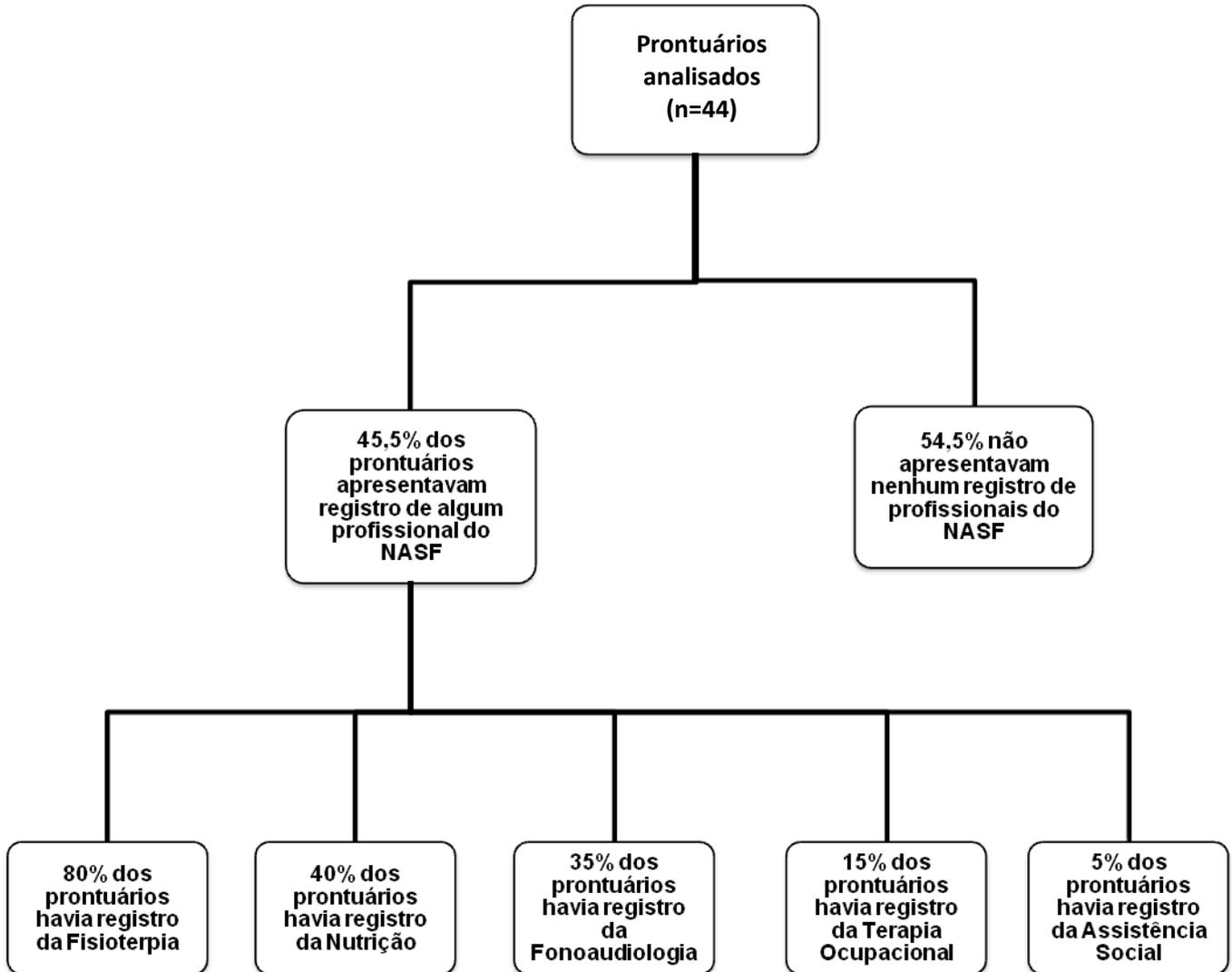
Tendo como referência os seis meses precedentes à coleta de dados, os indivíduos avaliados utilizaram os serviços da UBS, principalmente, para renovar receita de medicamento (54,5%, n=24). Os demais serviços utilizados foram distribuídos entre consulta agendada com algum profissional da saúde, exame de rotina e vacinação (Gráfico 1).

Gráfico 1: Utilização dos serviços da Unidade Básica de Saúde pelos indivíduos avaliados nos seis meses precedentes à avaliação.



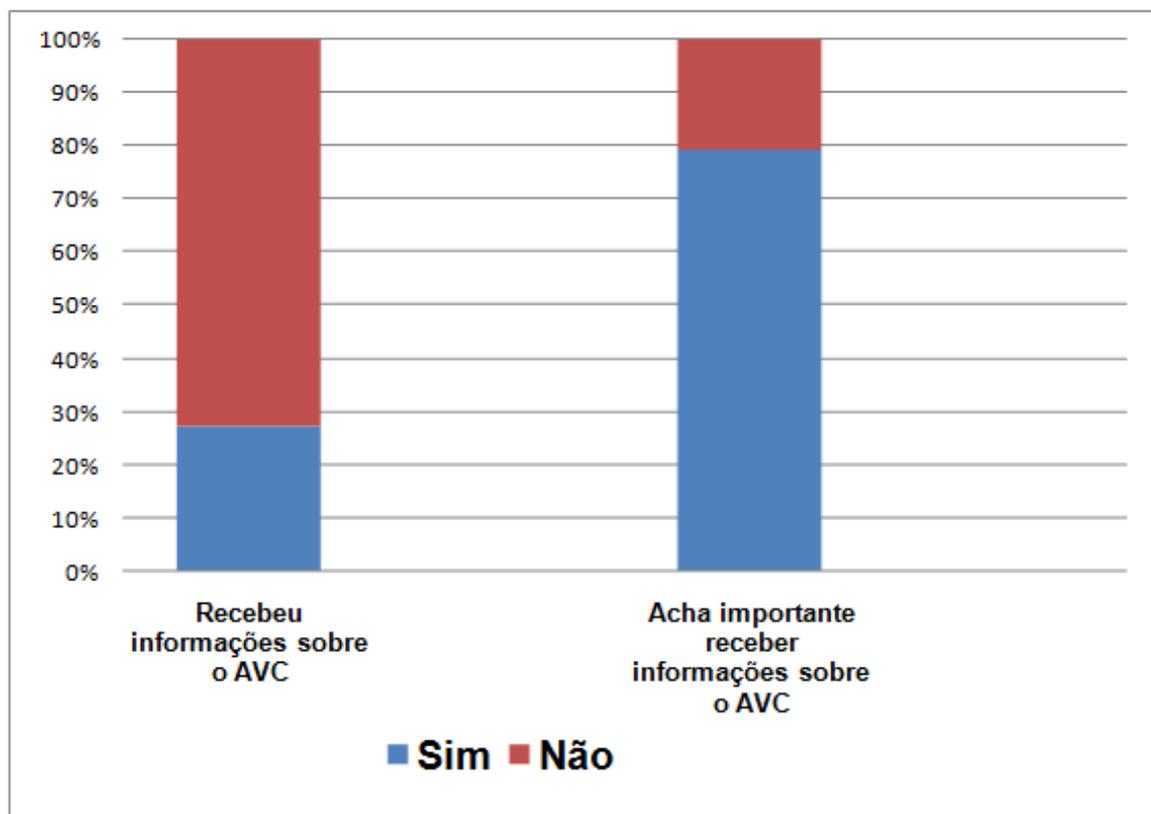
Dos 44 prontuários analisados, somente a minoria, 45,5% (n=20), apresentava registro de atendimento de algum profissional do NASF (Fluxograma 1).

Fluxograma 1: Atendimentos pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) registrados nos prontuários dos indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC).



A maioria dos indivíduos avaliados, 72,7% (n=32), informou que nunca havia recebido informações sobre o AVC e os cuidados relacionados a esta condição de saúde na UBS ou em visita domiciliar de algum profissional da UBS ou do NASF. Entretanto, 79,5% (n=35) dos indivíduos avaliados afirmaram que consideravam importante receber informações e esclarecimentos sobre esta condição de saúde para melhorar os seus cuidados com a saúde (Gráfico 2).

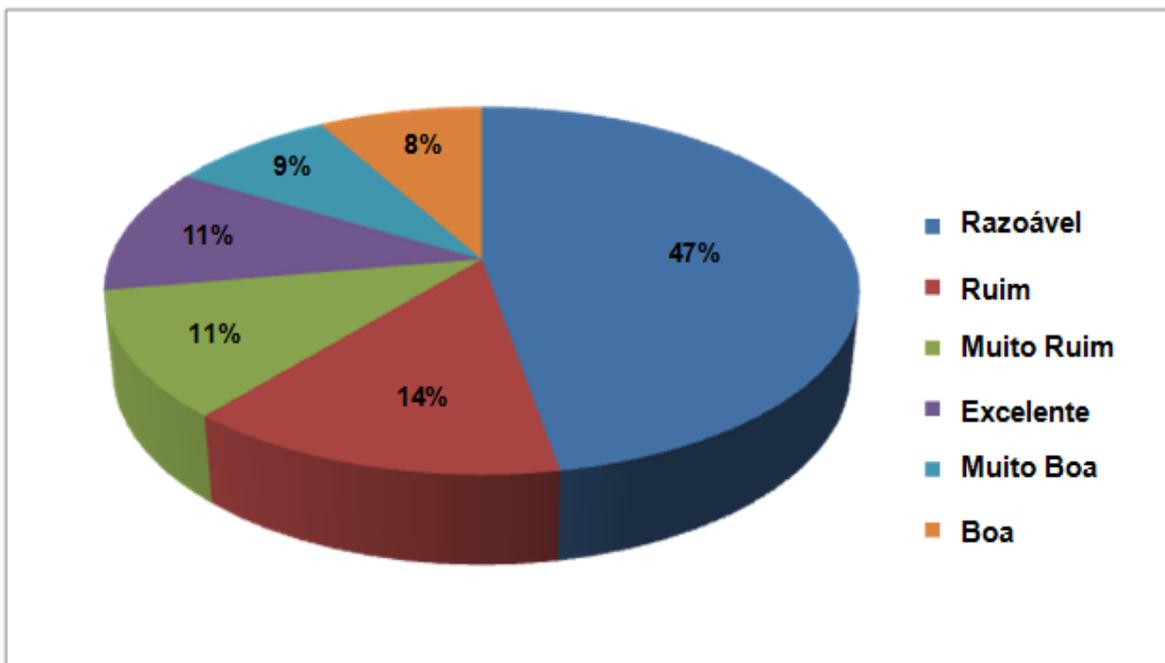
Gráfico 2: Distribuição de frequência de indivíduos avaliados que relataram ter recebido Informações sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que consideravam importante receber informações.



3.3 Variáveis relacionadas aos Fatores Pessoais

Dos 36 indivíduos que foram avaliados quanto à auto-percepção de saúde, mais de 60% avaliou a saúde variando de razoável a ruim (Gráfico 3).

Gráfico 3: Frequência de distribuição da auto-percepção de saúde dos indivíduos avaliados.



Os resultados referentes às demais variáveis relacionadas aos Fatores Pessoais estão apresentados na Tabela 2. Como pode ser observado nesta tabela, a maioria dos indivíduos era do sexo feminino, apresentava média de idade de 69,23 anos, nível de escolaridade relacionado ao ensino primário incompleto e completo, pertencia à classe socioeconômica C1 e B2, com renda individual de um salário mínimo, era aposentado, não apresentava plano privado de assistência à saúde e era inativo.

Tabela 2: Dados descritivos (Média (DP) ou frequência (%)) das variáveis relacionadas aos Fatores Pessoais.

Variáveis	(n=44)
Sexo, número de mulheres (%)	24 (54,5%)
Idade (<i>anos</i>), média (DP)	69,23 (13,12)
Nível de Escolaridade, % (n)	
Primário Completo	43,2 (19)
Primário Incompleto	31,8 (14)
Não sabiam ler nem escrever	11,4 (5)
Ginasial (Ensino Fundamental) Completo	6,8 (3)
Colegial (Ensino Médio) completo	4,5 (2)
Não estudou, mas sabe ler e escrever	2,3 (1)
Nível socioeconômico, % (n)	
Classe C1	40,9 (18)
Classe B2	22,7 (10)
Classe C2	15,9 (7)
Classe D	11,4 (5)
Classe B1 e E (cada)	4,5 (2)
Renda Individual, % (n)	
Um salário mínimo	70,5 (31)
Entre um e cinco salários mínimos	20,5 (9)
Menos de um salário mínimo	9,1 (4)
Atividade Remunerada, % (n)	
Aposentado	88,6 (39)
Desempregado	9,1 (4)
Atividade remunerada com salário fixo	2,3 (1)
Plano Privado de Assistência à Saúde, % (n)	
Não	75 (33)
Nível de Atividade Física, %(n)	
Inativos	86,4 (38)
Vigoroso	9,1 (4)
Insuficiente	4,5 (2)

3.4 Variáveis relacionadas aos Fatores Ambientais (*Measure of the Quality of the Environment -MQE*)

Para avaliação da percepção dos fatores ambientais, considerando o ambiente como facilitador e/ou obstáculo, o escore médio para os fatores facilitadores foi $1,30 \pm 0,41$ pontos e para os fatores considerados obstáculos, o escore médio foi $-2,40 \pm 0,59$ pontos.

3.5 Variáveis de Funcionalidade e Incapacidade

3.5.1 Estrutura e Função do Corpo

Escala de Depressão Geriátrica (GDS):

Utilizando-se a escala GDS, além dos oito indivíduos que não foram capazes de responder ao questionário, um indivíduo se recusou a responder. Dentre aqueles que foram avaliados ($n=35$), observou-se que a maioria, 62,9% ($n=22$), dos indivíduos apresentou suspeita de depressão (Gráfico 4).

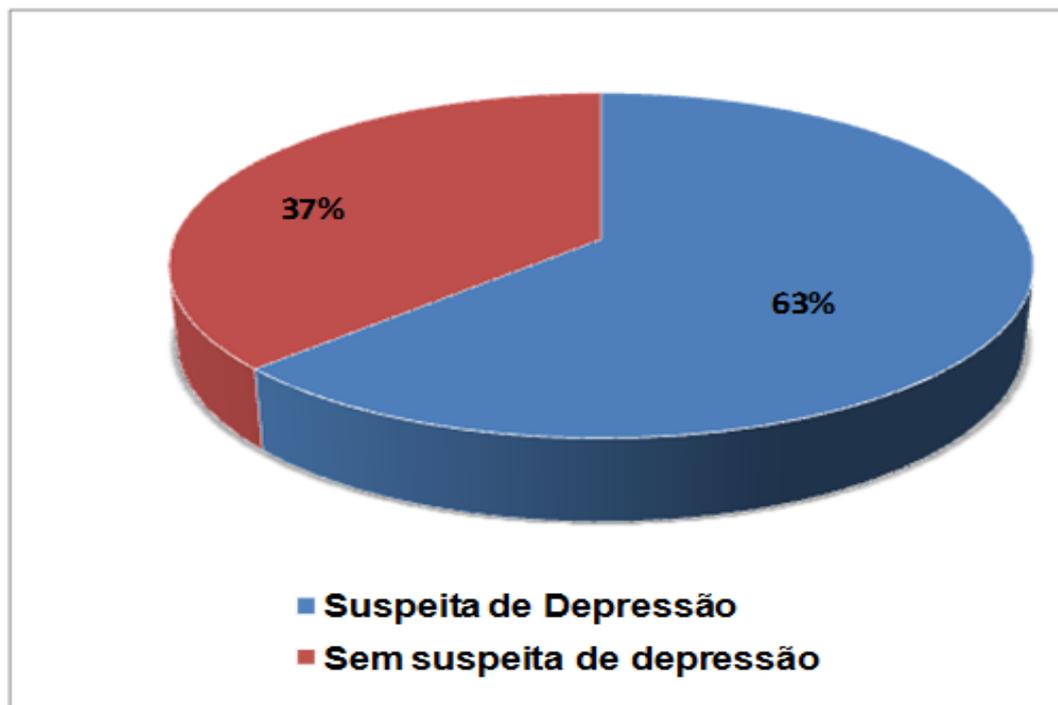


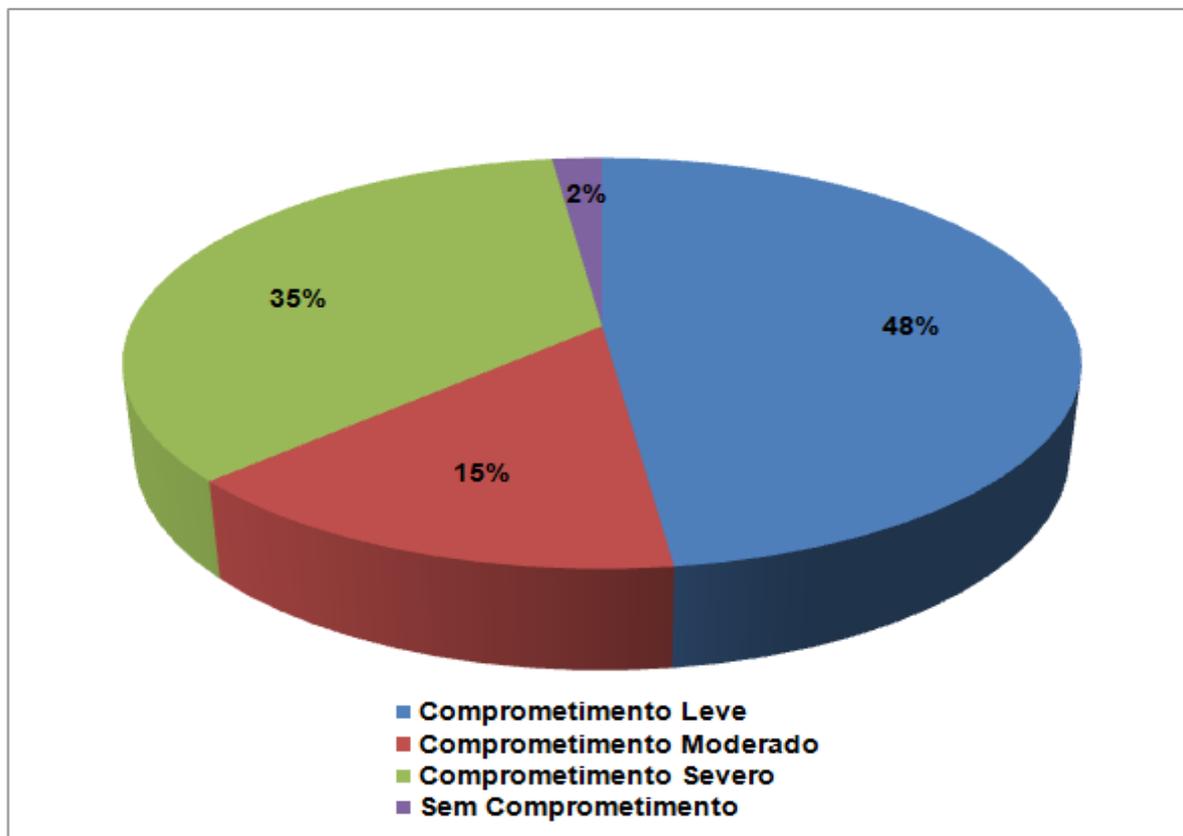
Gráfico 4: Suspeita de depressão entre os indivíduos avaliados pelo GSD.

Escala de Fugl-Meyer (EFM):

Dos 44 indivíduos, 9,1% (n=4) não foram avaliados pela EFM: dois não eram capazes de realizar nenhum item da escala e dois se recusaram a realizar este teste. Portanto, 40 indivíduos foram avaliados pela EFM.

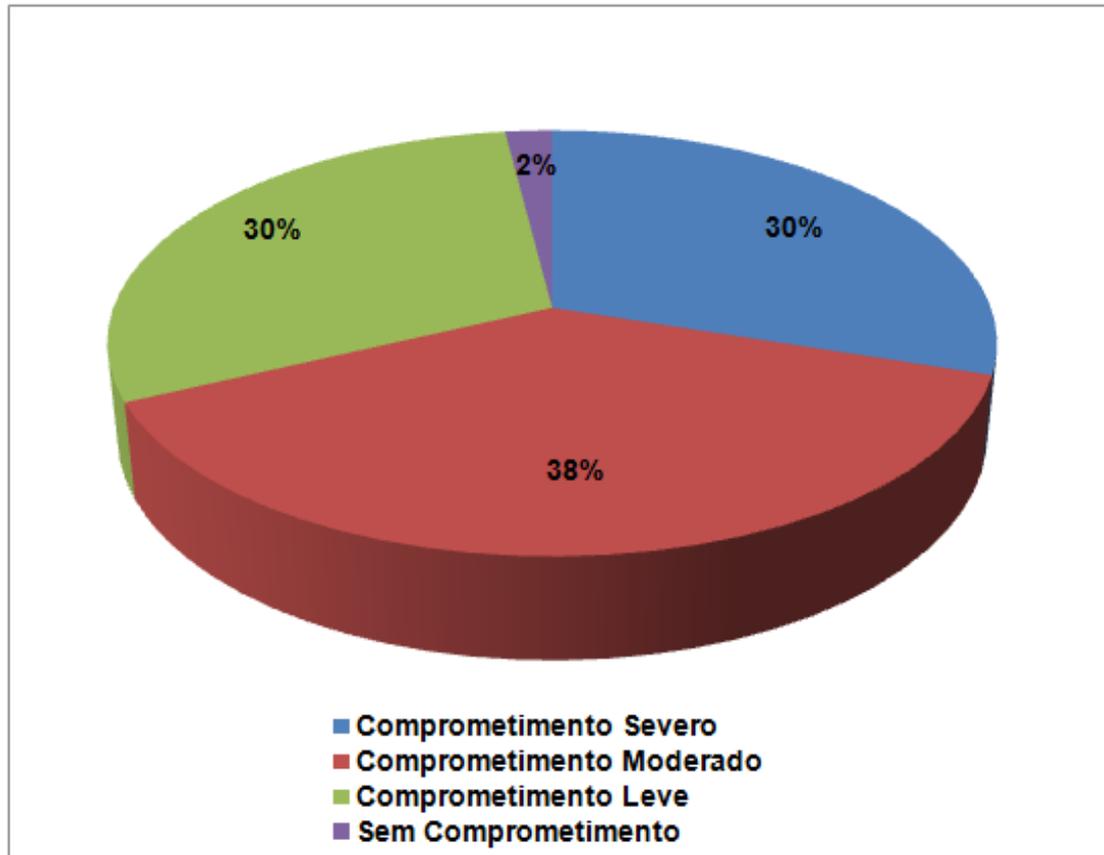
Considerando a classificação para comprometimento de MMSS para aqueles indivíduos que puderam ser avaliados (n=40), a maioria dos indivíduos apresentou comprometimento leve a moderado de MMSS (63%), como observado no Gráfico 5.

Gráfico 5: Frequência de distribuição dos indivíduos nas classificações da Escala de Fugl-Meyer- para escala para membros superiores.



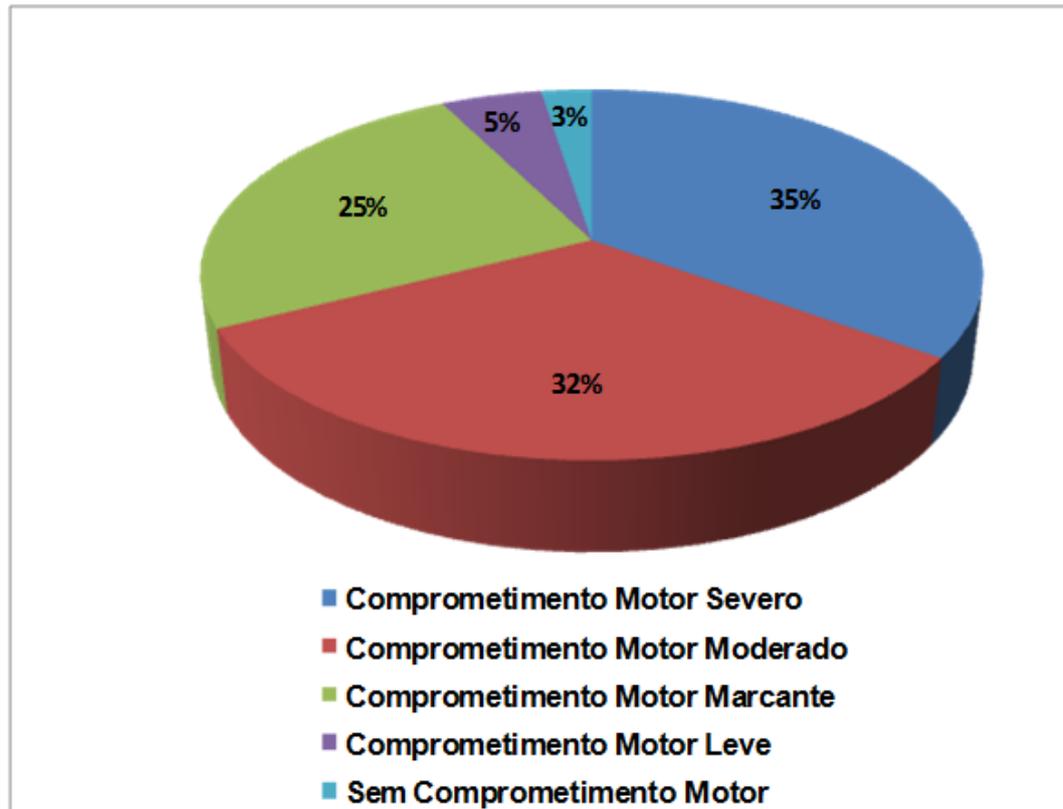
Considerando a classificação para comprometimento de MMII, a maioria dos indivíduos apresentou comprometimento moderado a severo de MMII (68%), como observado no Gráfico 6.

Gráfico 6: Frequência de distribuição dos indivíduos nas classificações da Escala de Fugl-Meyer- para escala para membros inferiores.



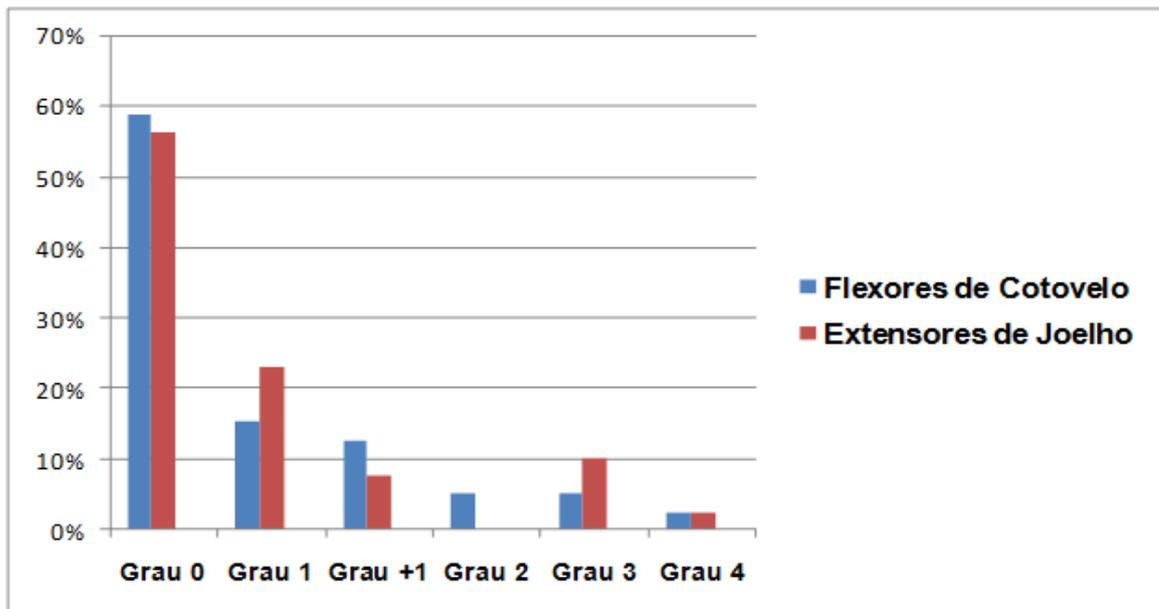
Quanto à classificação do comprometimento motor global, somente um indivíduo não apresentou algum comprometimento motor, e a maioria dos indivíduos (67%) apresentou comprometimento motor variando de severo a moderado, como observado no Gráfico 7.

Gráfico 7: Frequência de distribuição dos indivíduos nas classificações da Escala de Fugl-Meyer-Total.



Escala Modificada de Ashworth:

Dos 44 indivíduos, 11,4% (n=5) não tiveram o tônus avaliado pela Escala de Ashworth: um indivíduo era acamado e estava com acesso venoso no membro superior, um não conseguiu adquirir a postura necessária para adequada realização do teste e três se recusaram a realizar o teste. Dos 39 indivíduos, a maioria não apresentou alteração de tônus na avaliação de tônus pela Escala de Ashworth para músculos flexores de cotovelo (59%, n=23) e extensores de joelho (56,4%, n=22), sendo avaliada como grau 0 (Gráfico 8).

Gráfico 8: Frequência de distribuição dos indivíduos nas categorias da Escala Modificada de Ashworth.

Força de Preensão Palmar/ Teste do Esfigmomanômetro Modificado (TEM):

Na avaliação da força muscular de preensão palmar, dos 44 indivíduos, 25% (n=11) não foram avaliados para este desfecho: 10 indivíduos não conseguiram adquirir a postura adequada necessária para a avaliação e um indivíduo se recusou a fazer o teste. Portanto, 33 indivíduos foram avaliados, sendo que 17 eram homens e 16 mulheres. Para os homens, o lado parético apresentou média de $176 \pm 75,04$ mmHg de força muscular, enquanto o lado não parético apresentou média de $235,35 \pm 63,11$ mmHg de força muscular. Para as mulheres, o lado parético apresentou média de $128,88 \pm 50,42$ mmHg de força muscular, enquanto o lado não parético apresentou média de $154,56 \pm 48,79$ mmHg de força muscular.

Coordenação de MMII e MMSS:

Na avaliação de coordenação motora de MMII e MMSS pelo LEMOCOT e Teste Dedo-Nariz, respectivamente, dos 44 indivíduos, 43,2% (n=19) não realizaram os testes: 18 indivíduos não conseguiram adquirir a postura adequada necessária para avaliação e

não tinham amplitude de movimento para realizar os testes, e um indivíduo se recusou a fazer os testes. Portanto, 25 indivíduos foram avaliados quanto à coordenação motora.

Lower Extremity Motor Coordination Test (LEMOCOT):

Os escores obtidos para o lado não parético e parético dos 25 indivíduos avaliados, considerando sexo e faixa etária, estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Escores obtidos no LEMOCOT para o lado não parético e parético dos indivíduos avaliados e frequência relativa destes escores em relação aos valores normativos, considerando sexo e faixa etária.

Sexo (n=25)	Faixa Etária	LEMOCOT- NP	VN-D¹	% do escore do lado NP em relação ao VN-D	LEMOCOT- P	VN-ND¹	% do escore do lado P em relação ao VN-ND
M	50-59	[18-19]	[35-37]	[51,4%]	[9-21]	[33-35]	[27,3-60%]
M	60-69	[6-23]	[32-33]	[21,9-71,9%]	[3-17]	[30-32]	[10-53,1%]
M	70-79	[5-27]	[28-29]	[17,2-96,4%]	[3-26]	[27-28]	[10,7-92,3%]
F*	40-49	12	34	35,3%	3	33	9,1%
F	50-59	[4-13]	[31-32]	[13-42%]	[4-17]	[29-30]	[13-58,7%]
F	60-69	[7-30]	[26-27]	[26-111%]	[9-26]	[25-26]	[36-100%]
F*	70-79	23	21	110%	21	21	100%
F	80-89	[5-11]	[18-21]	[26,3-61,1%]	[4-10]	[18-20]	[22,2-38,9%]

Legenda: M=masculino; F=feminino; LEMOCOT-NP=escore do LEMOCOT lado não parético; VN-D=valor normativo do lado dominante; lado NP=lado não parético; LEMOCOT-P= escore do LEMOCOT lado parético; VN-ND=valor normativo do lado não dominante; lado P= lado parético.

*Somente um indivíduo na faixa etária.

¹ Valores de referência reportados por Pinheiro, 2014

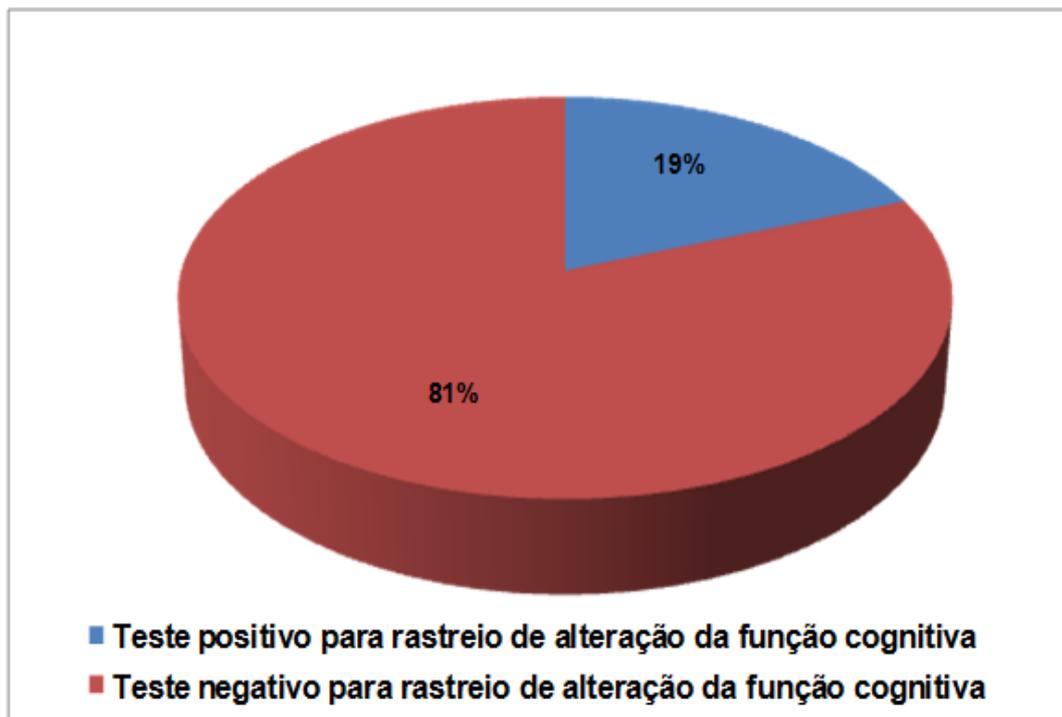
Teste Dedo-Nariz:

Os escores médios obtidos para o lado não parético e parético para os 25 indivíduos avaliados foram: $21,2 \pm 10,9$ e $19,4 \pm 11,4$ acertos, respectivamente.

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM):

De acordo com a classificação do MEEM para rastreio de déficit da função cognitiva (70), a maioria dos indivíduos (81%, n=29) apresentou teste negativo para alteração da função cognitiva (Gráfico 9).

Gráfico 9: Rastreio para alteração da função cognitiva por meio do Mini-Exame do Estado Mental.



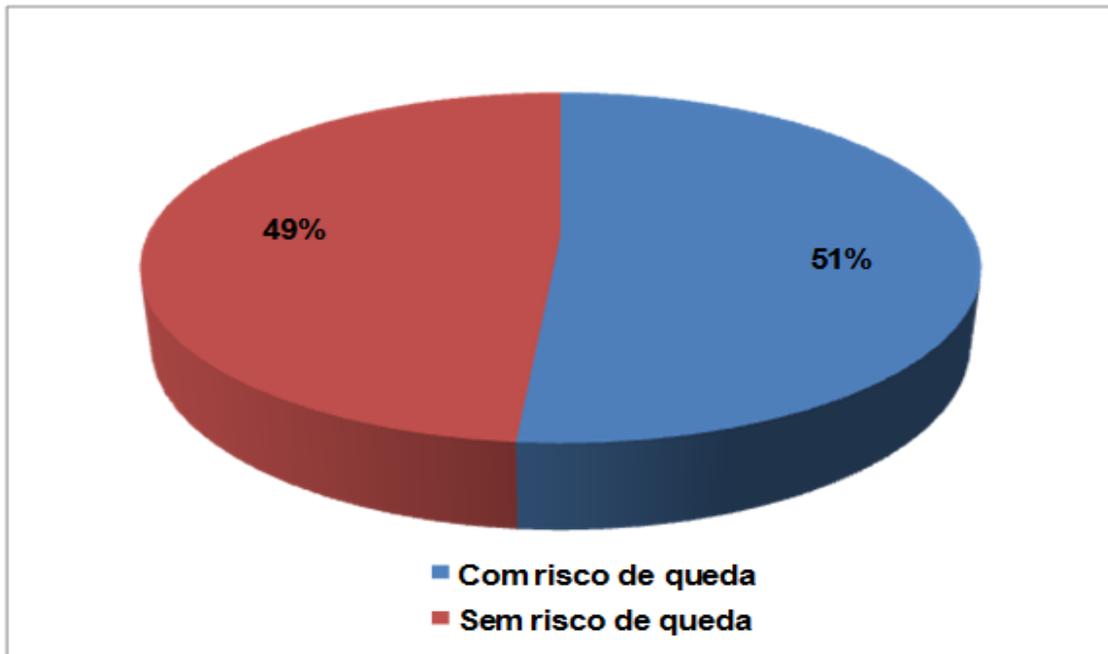
3.5.2 Atividade

Escala de Equilíbrio de Berg (EEB):

Na avaliação de equilíbrio, realizada por meio da EEB, dos 44 indivíduos, 18,2% (n=8) eram acamados e não puderam ser avaliados, e 2,3% (n=1) se recusaram a realizar a avaliação com a EEB. Portanto, 35 indivíduos foram avaliados pela EEB. Para classificação que considera o escore do EEB para prever risco de queda (77),

aproximadamente a metade dos indivíduos (51,4%, n=18) foi classificada como tendo risco de queda (Gráfico 10).

Gráfico 10: Classificação dos indivíduos avaliados pela Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) quanto ao risco de queda.



Habilidade Manual (ABILHAND):

Os 36 indivíduos avaliados pelo ABILHAND apresentaram média de pontuação de $2,39 \pm 2,29$ logits.

Velocidade de Marcha Natural e Máxima (VM-Natural e VM-Máxima) e Teste Timed 'up and go' (TUG):

Com relação aos desfechos relacionados à mobilidade funcional, dentre os 44 indivíduos, 18,2% (n=8) eram acamados, 6,81% (n=3) eram cadeirantes e 9,1% (n=4) não mantinham a postura de pé sozinhos, sendo necessário apoiar-se em alguma estrutura do ambiente (como parede) ou em alguém para se manter de pé. Portanto, estes indivíduos não realizaram os testes relacionados à mobilidade. Em 11,4% (n=5) dos indivíduos, o ambiente físico impossibilitou a realização dos testes de velocidade de marcha e o TUG.

Os indivíduos que foram avaliados (54,5%, n=24) apresentaram média de VM-Natural de $0,77 \pm 0,34$ m/s (variando de 0,20 a 1,36 m/s), média de VM-Máxima de $1,08 \pm 0,46$ m/s (variando de 0,27 a 2,04 m/s) e média no TUG de $19,74 \pm 10,9$ s (variando de 7,02 a 48,93 s) (Tabela 4).

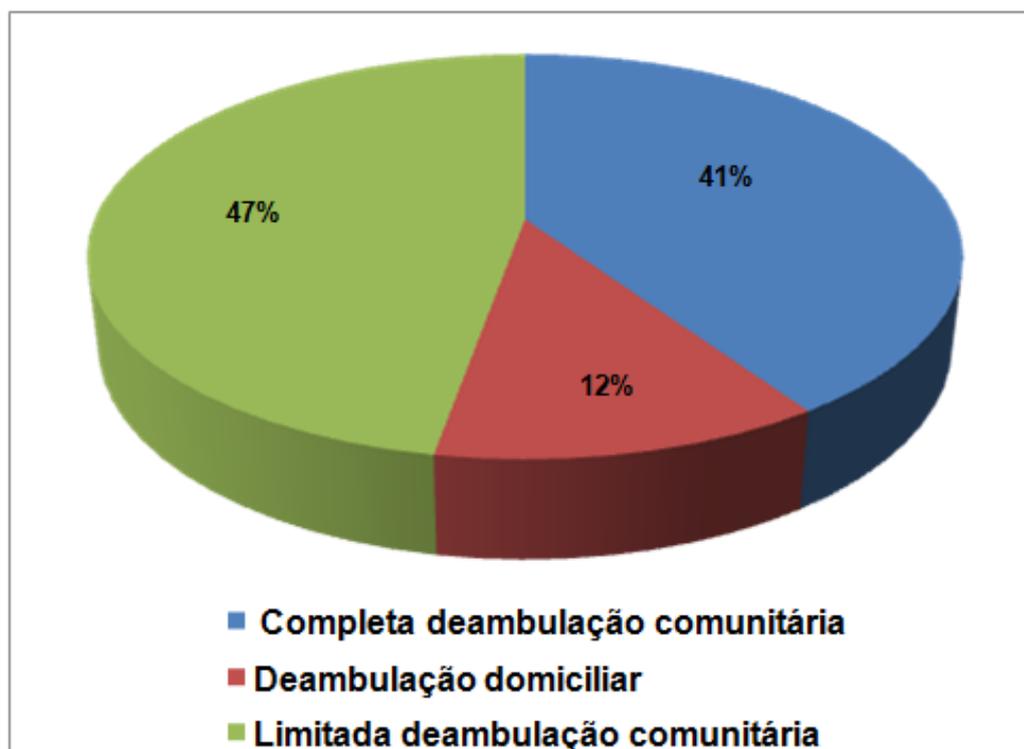
Tabela 4: Dados descritivos (Média \pm DP e variação [Min- Max]) e IC 95% da média das variáveis relacionadas à mobilidade funcional.

Variáveis	Média (DP)	Varição [Min- Max]	IC 95%
VM-Natural (m/s)	$0,77 \pm 0,34$	0,20 – 1,36	[0,63-0,91]
VM- Máxima (m/s)	$1,08 \pm 0,46$	0,27 – 2,04	[0,88-1,28]
TUG (s)	$19,74 \pm 10,9$	7,02 – 48, 93	[15,4-24,1]

Legenda: VM-Natural= Velocidade de Marcha Natural; VM-Máxima= Velocidade de Marcha Máxima; TUG= Teste *Timed 'up and go'*; Min.=valor mínimo; Max.= valor máximo; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%.

Considerando a classificação proposta para a VM-Natural (88), a maioria dos indivíduos avaliados foi classificada de limitada a completa deambulação comunitária (88%, n=21) (Gráfico 11).

Gráfico 11: Frequência de distribuição dos indivíduos nas categorias de classificações para o teste de Velocidade de Marcha Natural.



Para a classificação proposta para o TUG (83), segundo o tempo gasto para realizar o teste, dentre todos os indivíduos avaliados, a maioria foi classificada como tendo risco de quedas (54,2%, n=13) (Gráfico 12).

Gráfico 12: Frequência de distribuição dos indivíduos nas categorias de classificações para o teste *Timed “up and go” (TUG)*.



3.5.3 Participação

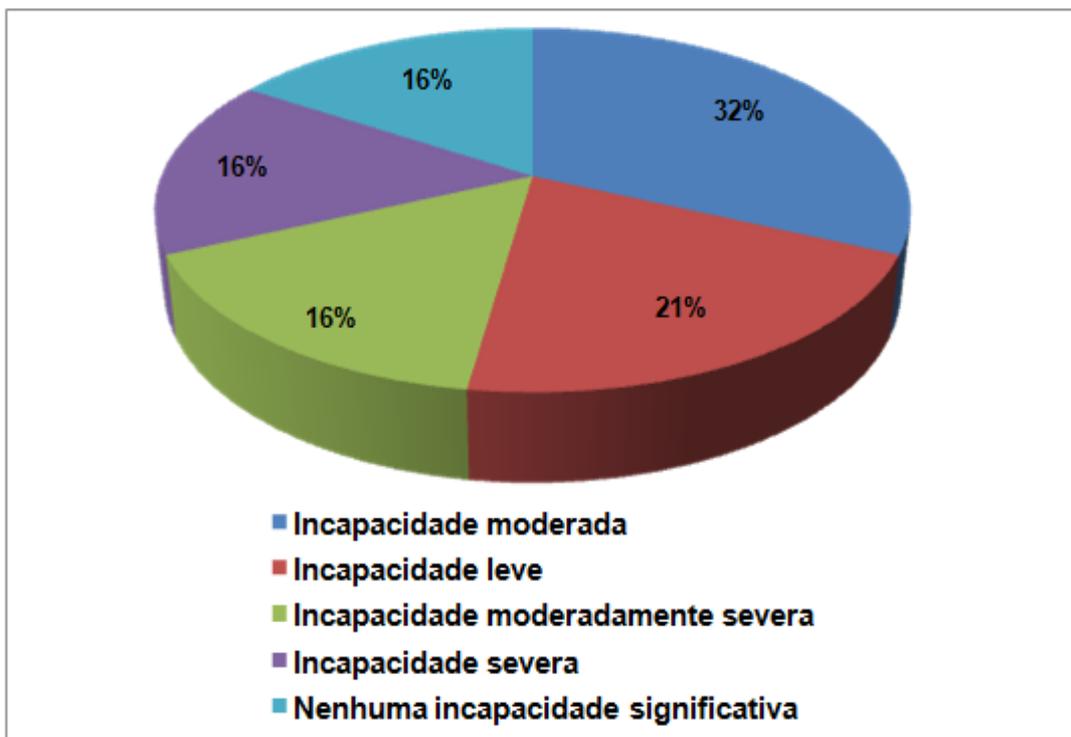
Stroke Specific Quality of Life (SSQOL-Brasil):

Com relação ao desfecho utilizado para avaliar participação, os indivíduos apresentaram média de pontuação de $164,21 \pm 35,61$ pontos no SSQOL-Brasil.

3.6 Escala Modificada de Rankin (EMR)

Considerando os escores da EMR, a maioria dos indivíduos foi classificada com incapacidade moderada a leve (52,3%) (Gráfico 13).

Gráfico 13: Frequência de distribuição dos indivíduos nas categorias da Escala Modificada de Rankin (EMR).



A síntese de todos os resultados obtidos para a maioria dos indivíduos avaliados encontra-se na Figura 2.

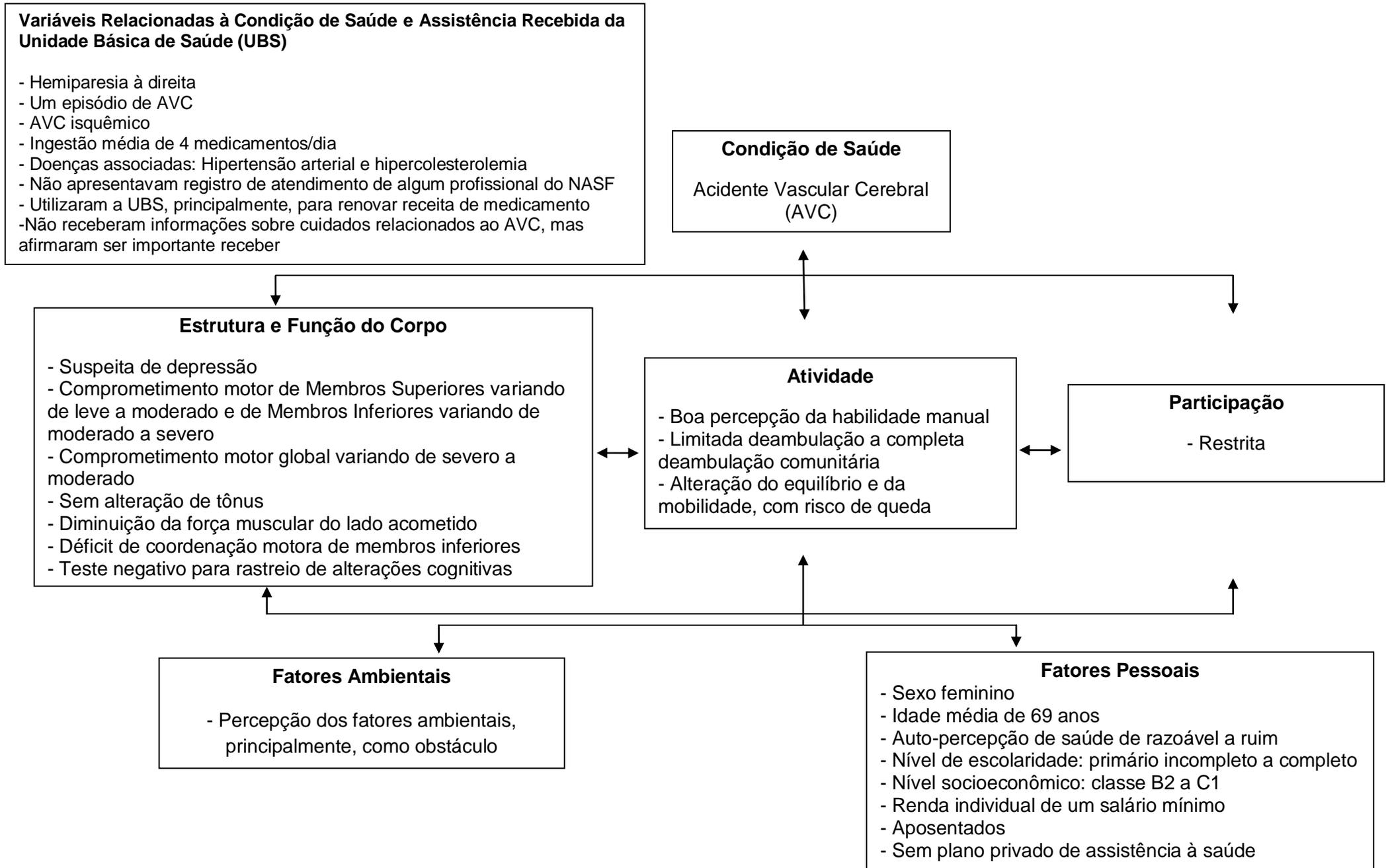


Figura 2: Resultados obtidos para a maioria dos indivíduos, organizados segundo modelo conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

4 DISCUSSÃO

Este estudo determinou o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos acometidos pelo AVC e usuários de uma UBS do distrito sanitário nordeste da cidade de Belo Horizonte. A partir da análise dos dados obtidos, os principais resultados do presente estudo foram que a maioria dos indivíduos: apresentou como doença associada a hipertensão arterial (81,8%) e hipercolesterolemia (56,8%), foi classificada como inativa quanto ao nível de atividade física (86,5%) e referiu a auto-percepção de saúde como razoável a ruim (61%); com relação à estrutura e função corporal, a maioria apresentou: teste negativo para alteração da função cognitiva (81%) e positivo para suspeita de depressão (62,9%), comprometimento motor de membros superiores variando de leve a moderado (63%), de membros inferiores variando de severo a moderado (68%) e comprometimento motor global variando de severo a moderado (67%), ausência de alterações no tônus muscular (>55%), boa coordenação motora de membros superiores, alteração da coordenação motora de membros inferiores bilateralmente (lado não parético: 13-96,4%; lado parético: 10-92,3%) e, em média, fraqueza muscular do lado parético; com relação à atividade, a maioria dos indivíduos: referiu, em média, boa auto-percepção da habilidade manual, foi classificada como limitada deambulação comunitária a completa deambulação comunitária (88%), com capacidade de melhora da velocidade de marcha natural, alteração do equilíbrio funcional (51%) e da mobilidade funcional (54,2%), com indicativo de risco de quedas. Finalmente, apresentaram, também, baixa percepção de qualidade de vida e percepção dos fatores contextuais ambientais como obstáculos. De uma forma geral, foram classificados como tendo incapacidades de moderadas a leve (52,3%). Apesar destes resultados, em conjunto, indicarem importantes problemas de saúde e de funcionalidade, os indivíduos do presente estudo utilizaram os

serviços da UBS, principalmente, para renovar receita de medicamento (54,5%) e os demais serviços utilizados foram distribuídos entre consulta agendada com algum profissional da saúde, exame de rotina e vacinação. Além disso, a maioria destes indivíduos (54,5%) não apresentou no prontuário registro de atendimento pelos profissionais do NASF e não recebeu informações sobre cuidados relacionados ao AVC (72,3%), apesar de acharem importante receber tais informações (79,5%).

Os resultados relacionados ao número de indivíduos inicialmente identificados pelos profissionais da UBS e do NASF como sendo usuários da UBS acometidos pelo AVC por mais de seis meses e, portanto, em potencial para participar do presente estudo demonstraram que há indivíduos que estes profissionais identificaram como sendo acometidos pelo AVC, apesar de não apresentarem registro sobre esta condição de saúde em seus prontuários e, em visita domiciliar, também confirmaram que não apresentavam tal diagnóstico. Da mesma forma que houve indivíduos identificados como sendo acometidos pelo AVC, quando na verdade não eram, o contrário também pode ter ocorrido: indivíduos usuários da UBS acometidos pelo AVC, que necessitam de um acompanhamento a longo prazo (14;97), podem não ter sido identificados pelos profissionais da UBS e do NASF, prejudicando a realização de um atendimento integral e um adequado acompanhamento. Questiona-se, portanto, o nível de conhecimento destes profissionais sobre o AVC e sobre os indivíduos da sua área de abrangência e que utilizam a UBS. Posto isso, observa-se a necessidade de que os profissionais tenham conhecimento básico das condições de saúde que podem acometer os indivíduos, principalmente, daquelas que são comuns, como é o caso do AVC, pois se eles não têm conhecimento suficiente para diferenciar condições de saúde distintas, pode ser que usuários acometidos pelo AVC não sejam devidamente identificados (98).

Em um estudo desenvolvido com profissionais de diferentes áreas da saúde foram descritas as dificuldades e dúvidas que estes profissionais têm sobre os cuidados relacionados aos pacientes com AVC. Além disso, foi reportado que a maioria destes profissionais não utilizava diretrizes relacionadas aos cuidados aos indivíduos acometidos pelo AVC e nem buscava evidências científicas relacionadas a esta condição de saúde para direcionar as suas ações, o que pode ter resultado em condutas inapropriadas e ineficientes (98). À medida que estes profissionais obtêm esclarecimentos sobre o AVC, principalmente por meio da educação continuada, há a possibilidade de aumento do conhecimento geral relacionado a essa condição de saúde, o que pode melhorar a assistência deste profissional a indivíduos acometidos pelo AVC (98). Segundo o Ministério da Saúde, a educação continuada é um importante mecanismo para capacitar equipes de saúde da família e para vincular os profissionais com a população assistida (99). Neste contexto, observa-se a importância de se ter ações educativas relacionadas à capacitação dos profissionais da UBS para possibilitar adequada identificação e assistência aos usuários acometidos pelo AVC.

Como parte de um cuidado qualificado e integral aos indivíduos acometidos pelo AVC, é necessário garantir o acesso destes usuários à UBS (14;97), permitindo que recebam o cuidado adequado e direcionado à sua condição de saúde (14;16). Para tanto, é necessário que as equipes de saúde da família tenham membros que sejam capazes de identificar quais usuários foram acometidos pelo AVC e, então, garantir o acompanhamento destes pela UBS. Isso favorece o atendimento após o episódio de AVC, possibilita que estes indivíduos sejam identificados e acompanhados de maneira sistemática e contínua pela equipe da UBS (97;100), seguindo, assim, o que é preconizado pela Linha de Cuidados em AVC, do Ministério da Saúde (14;21).

Dentre as doenças associadas, a maioria dos indivíduos avaliados apresentou hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes e outras cardiopatias, como infarto agudo ou insuficiência cardíaca. Quanto ao nível de atividade física, quase 90% dos indivíduos avaliados foram classificados como inativos. Como observado, a maioria dos indivíduos apresentou doenças que são fatores de risco para a ocorrência do AVC (101;102) e que podem ser controladas a partir de mudança no estilo de vida (101), como a prática regular de atividade física supervisionada por uma equipe multiprofissional (16;103). A prática regular de atividade física, além de favorecer a mudança do estilo de vida, também pode ser benéfica para a saúde em geral destes indivíduos por possibilitar o controle dos fatores de risco modificáveis relacionados a um novo episódio de AVC, por exemplo, o controle da pressão arterial, diminuição do colesterol e da glicemia (101).

Considerando especificamente o nível de atividade física, o resultado do presente estudo corrobora com evidências estabelecidas em outros estudos em que também foi avaliado o nível de atividade física em indivíduos com incapacidades crônicas, como as causadas pelo AVC: a inatividade é mais prevalente nestes indivíduos (104). Além disso, já foi demonstrado que, após o AVC, os indivíduos apresentam-se inativos a maior parte do tempo (105).

Apesar da importância da realização de atividade física para controlar os fatores de risco associados a um novo episódio de AVC e para prevenir agravos da condição de saúde (101;106), a maioria dos indivíduos do presente estudo foram classificados como inativos. Guias clínicos relacionados à reabilitação de indivíduos pós AVC recomendam que os mesmos participem de programas de exercícios físicos contínuos oferecidos em sua comunidade (16;103), como estratégia de prevenção de agravos e promoção da saúde. Esta recomendação ainda não foi adotada pela maioria dos indivíduos acometidos pelo AVC e usuários da UBS onde ocorreu a coleta de dados.

A referida UBS, juntamente com os acadêmicos de fisioterapia da UFMG, oferece atividades físicas em grupo para usuários com diagnóstico de hipertensão arterial, e somente alguns dos indivíduos incluídos no presente estudo (4,5%) não foram classificados como inativos por realizarem atividade física neste grupo. Porém, a existência deste grupo de atividade física, não desenvolvido especificamente para indivíduos pós AVC, parece não ser suficiente para incluir a grande parte destes usuários. Diante disso e dos comprovados benefícios da realização de atividades físicas regulares em grupo para os indivíduos pós AVC (107-109), é de grande importância que seja planejado e oferecido este serviço, que possibilite a realização de atividade física supervisionada, para indivíduos acometidos pelo AVC (106-110), uma vez que esta é uma opção terapêutica eficaz, capaz de reduzir o sedentarismo e de controlar as doenças associadas (101;111) que são fatores de risco para a ocorrência de um novo episódio de AVC. Além disso, a atividade física é eficaz para melhorar a capacidade funcional e diminuir as complicações consequentes da cronicidade do AVC (107-109). Assim, programas em grupo oferecidos na comunidade especificamente aos usuários acometidos pelo AVC da UBS possibilitarão que estes sejam acompanhados da forma como é recomendado (14;97;103), e com potencial de melhorar a funcionalidade, saúde e qualidade de vida destes indivíduos (106-110).

A maioria dos indivíduos avaliados apresentaram auto-percepção de saúde variando de razoável a ruim. O resultado apresentado neste estudo corrobora com resultados encontrados na literatura, em que indivíduos com doenças crônicas que apresentam incapacidades funcionais, como é o caso de indivíduos acometidos pelo AVC, tendem a apresentar pior auto-percepção de saúde (112-114). A auto-percepção de saúde é utilizada como indicador da condição de saúde (113), sendo a pior percepção do estado de saúde um importante indicador de morbimortalidade (115). Em um estudo

desenvolvido com idosos usuários de uma UBS da cidade de Belo Horizonte foi sugerido que relações sociais restritas influenciavam negativamente na auto-percepção da saúde (116). Em outro estudo, em que se avaliou as atividades em grupo na AB como modalidade assistencial, foi descrito que estas atividades são práticas inclusivas, capazes de aumentar vínculo entre os usuários e aumentar a socialização (117). Portanto, atividades em grupo, como forma de aumentar as relações sociais e a inclusão podem ser uma abordagem eficaz para melhorar a auto-percepção de saúde dos usuários da UBS.

De uma forma geral, a maioria dos indivíduos do presente estudo apresentou deficiências em estrutura e função corporal, englobando alterações de funções emocionais e motoras, resultados que serão discutidos a seguir.

A maioria dos indivíduos avaliados pela GDS foi classificada com suspeita de depressão. Este resultado corrobora com os achados da literatura que apontam que o episódio de AVC está comumente associado a alterações de humor e sintomas de depressão (118-121). A depressão é um desfecho relacionado à piora da capacidade funcional dos indivíduos acometidos pelo AVC e ao aumento da morbimortalidade (118;119). Por isso, necessita de intervenções clínicas interdisciplinares (120-122), que sejam capazes de avaliar, identificar e tratar a depressão e seus sintomas, reduzindo os seus impactos negativos na recuperação dos indivíduos acometidos pelo AVC (122;123).

O teste de rastreio para alterações da função cognitiva foi realizado no presente estudo utilizando-se o MEEM. Apesar de ser discutido que o MEEM pode não ser um instrumento de rastreio ideal para detectar alteração cognitiva em indivíduos acometidos pelo AVC (124;125), este instrumento de medida é amplamente utilizado para essa finalidade (125;126). Identificar indivíduos pós AVC com possibilidades de apresentar alterações cognitivas é de grande importância clínica para orientar a abordagem destes indivíduos e necessidades de tratamento (127). No presente estudo, foi identificado que

81% dos indivíduos apresentaram teste negativo para alteração cognitiva, resultado contrário ao reportado na literatura de que a prevalência de alterações cognitivas após o AVC é alta (128). Uma possível explicação para este resultado discordante pode estar relacionada ao ponto de corte utilizado no presente estudo, os quais foram originalmente determinados para uma população geral, considerando o nível de escolaridade como forma de estratificação da pontuação (70). Por outro lado, estudos prévios determinaram como ponto de corte para rastreio de alterações cognitivas em indivíduos acometidos pelo AVC o escore de 27 em 30 no MEEM (71;126;128;129), o que modificaria o resultado do teste para rastreio de alterações cognitivas do presente estudo. Neste contexto, o resultado do presente estudo relacionado às possíveis alterações cognitivas dos indivíduos deve ser interpretado com cautela. Além disso, aponta-se a necessidade de se determinar o ponto de corte do MEEM específico para indivíduos brasileiros acometidos pelo AVC, dadas as particularidades dessa condição de saúde em termos de comprometimentos motores (como a afasia motora) que podem influenciar na pontuação obtida no MEEM sem necessariamente estar relacionada à alteração da função cognitiva, e as particularidades da população brasileira em termos educacionais.

Devido às alterações emocionais e a possível presença de alterações cognitivas, a reabilitação e o suporte psicológico devem ser oferecidos aos indivíduos pós AVC (120-122), permitindo melhor acompanhamento e o controle da condição de saúde destes indivíduos. No entanto, apesar destas evidências, não foi identificado nos prontuários destes indivíduos nenhum registro de atendimento do profissional da Psicologia do NASF. Isso sugere uma falha ao atendimento integral a estes usuários, demonstrando que as equipes de saúde da família e o NASF podem não estar atendendo às demandas em saúde específicas apresentadas pelos indivíduos pós AVC. Por outro lado, é importante considerar que, muitas vezes, a implantação do NASF, por exemplo, ocorre com número

insuficiente de equipe e profissionais em relação à população da área de abrangência, o que pode dificultar que os profissionais atendam à demanda local. Neste contexto, evidencia-se a necessidade de maior atenção da Política Nacional de Atenção Básica, para ampliar a assistência oferecida por estas equipes às populações com necessidades específicas (130).

Após o AVC, os indivíduos normalmente apresentam deficiências motoras, como fraqueza muscular, alteração de tônus, espasticidade e incoordenação motora (131), que estão associadas à diminuição da funcionalidade. A presença de alterações motoras foi confirmada pelo resultado do presente estudo, cuja maioria dos indivíduos, que tiveram o retorno motor avaliado por meio da EFM, apresentou comprometimento motor de severo a moderado (67,5%). Em outros estudos que avaliaram a presença de deficiências após AVC também reportaram que esses indivíduos apresentam alterações motoras crônicas (131-133).

Entretanto, apesar da alteração de tônus muscular ser uma característica comumente presente após o episódio de AVC (131), a maioria dos indivíduos do presente estudo avaliados utilizando-se a Escala Modificada de Ashworth, não apresentou alterações de tônus muscular nem para MMII e nem para MMSS (>55%). Este resultado corrobora com o de outros estudos (134;135), em que também foi observado que a maioria dos indivíduos pós AVC na fase crônico foi avaliada com escore zero na Escala Modificada de Ashworth (grupos musculares: flexores e extensores de cotovelo, flexores e extensores de punho, flexores de dedo e polegar). Cabe ressaltar que a Escala Modificada de Ashworth apresenta deficiência em confiabilidade e validade para a avaliação de tônus muscular em indivíduos pós AVC e, portanto, já foi considerada inadequada para a avaliação deste desfecho (136). Entretanto, este teste foi utilizado no presente estudo dado a sua ampla aplicabilidade e uso no contexto clínico e pela

dificuldade de se encontrar outro teste ou medida que pudesse ser utilizado para a coleta de dados do presente estudo e que permitisse uma avaliação clínica do tônus muscular.

A força de preensão palmar (FPP), avaliada por meio do TEM, foi a medida de desfecho utilizada para avaliar força muscular. Como não há estudos que já utilizaram valores de FPP como ponto de corte para determinar alteração de força muscular em indivíduos acometidos pelo AVC, o presente estudo utilizou como referência valores reportados na literatura para indivíduos idosos (137). A unidade de força oferecida pelo TEM é em mmHg, por isso realizou-se a conversão da unidade de força *Kg*, reportado no estudo prévio (137), para mmHg por meio de equações de relação determinadas por Martins *et al.* (2013) (65). Dessa forma, os valores reportados por Alley *et al.* (2014) (137), em *Kg*, utilizados para classificar o grau de força muscular a partir da FPP em homens apresentaram os seguintes valores em mmHg: *fraqueza muscular* - valores menores que 25,99 kg, que correspondem a 203 mmHg; *boa força muscular* - valores maiores que 31,83 Kg, que correspondem a 255 mmHg; e *força muscular intermediária* - valores entre 25,99 e 31,82 Kg, que correspondem a valores entre 203 e 255 mmHg. Para mulheres, os valores foram: *fraqueza muscular* - valores menores que 15,92 Kg, que correspondem a 114 mmHg; *boa força muscular* - valores maiores que 19,99 Kg, que correspondem a 150 mmHg; e *força muscular intermediária* - valores entre 15,92 e 19,98 Kg, que correspondem a 114 e 150 mmHg. A partir desta classificação com estes valores, observa-se que os indivíduos do sexo masculino avaliados no presente estudo apresentaram, em média, boa força muscular do lado não parético (235 mmHg) e fraqueza muscular do lado parético (176 mmHg). Já os indivíduos do sexo feminino apresentaram boa força muscular do lado não parético (154 mmHg) e força intermediária no lado parético (128 mmHg). Portanto, os indivíduos avaliados apresentaram alterações de FPP do lado parético.

Uma das principais deficiências apresentadas pelos indivíduos pós AVC são as alterações motoras, dentre elas a hemiparesia, caracterizada pela diminuição de força muscular do lado mais acometido, o que foi confirmado pelos resultados do presente estudo. Em indivíduos acometidos pelo AVC, a deficiência na FPP do lado parético relaciona-se com pior desempenho na realização de AVD com os membros superiores (MMSS) (138), como comer, se vestir ou segurar algum objeto. Além disso, em idosos, a FPP é um dos critérios diagnósticos de fragilidade (62;63), é associada à redução da função muscular de MMII e MMSS (64;139) e é preditora de incapacidade e mortalidade (140). Dada a importância da FPP como indicadora de saúde e funcionalidade (138), e as evidências científicas que existem em relação ao benefício do fortalecimento muscular para melhora de força muscular e função de indivíduos acometidos pelo AVC (141;142), é fundamental que estes indivíduos participem de programas de reabilitação que envolvam o fortalecimento muscular progressivo. Tais programas podem ser ofertados na UBS, em grupo, uma vez que estes programas desenvolvidos na comunidade podem ser estratégias viáveis para a reabilitação, sendo acessíveis a um maior número de pessoas, aumentando a utilização dos serviços de reabilitação e promovendo integração de indivíduos acometidos pelo AVC. Além de serem estratégias de mais baixo custo quando comparadas a outros programas que exigem supervisão individual (108).

Na avaliação da coordenação motora de MMII pelo LEMOCOT, a maioria dos indivíduos apresentou escores menores do que os valores de referência (69), considerando sexo e faixa etária. Portanto, conclui-se que a maioria destes indivíduos apresentou alteração de coordenação motora de MMII. Na literatura, não foram encontrados outros estudos que avaliaram indivíduos acometidos pelo AVC utilizando o LEMOCOT e seus valores de referência, impossibilitando comparar os resultados obtidos no presente estudo. No entanto, a avaliação da coordenação motora de MMII em

indivíduos pós AVC é de extrema importância devido a relação apresentada com a funcionalidade destes indivíduos (68). Assim, em indivíduos acometidos pelo AVC, a coordenação é um importante desfecho relacionado à funcionalidade, e sua perda associa-se à incapacidade destes indivíduos (68;143). Além disso, a coordenação motora de MMII é fundamental para a realização de AVD, principalmente, aquelas atividades relacionadas à mobilidade (68). Portanto, avaliar a coordenação motora de MMII de indivíduos pós AVC é de grande importância para a prática clínica, utilizando a comparação dos escores obtidos com os valores de referência para estimar o déficit de coordenação apresentado pelos indivíduos.

Os indivíduos avaliados quanto à coordenação motor de MMSS apresentaram pontuação média para lado não parético e parético de $21,2 \pm 10,9$ e $19,4 \pm 11,4$ acertos, respectivamente, no Teste Dedo-Nariz. A pontuação obtida para o lado parético foi maior do que a reportada em um estudo prévio, que avaliou este desfecho em indivíduos pós AVC crônicos utilizando o mesmo teste, cujo valor médio foi de 11,1 acertos (144). A partir disso e da pequena diferença observada entre o lado parético e não parético, pode-se inferir que os indivíduos do presente estudo que puderam ser avaliados quanto à coordenação motora de MMSS não apresentaram alterações relevantes da coordenação motora de MMSS.

Apesar das alterações motoras, dentre elas a incoordenação motora de MMSS, serem uma das deficiências mais comuns após o AVC (131), isto não foi observado nos indivíduos avaliados por meio do Teste Dedo-Nariz. Além disso, também foi verificado, por meio da classificação da Escala de Fugl-Meyer para MMSS, que a maioria dos indivíduos foi classificada somente com comprometimentos motores leves a moderados nos MMSS (63%). Como as deficiências motoras de MMSS estão relacionadas ao pior desempenho de atividades com a extremidade superior (73), o inverso também pode

ocorrer. Isto é, a ausência de deficiências pode estar relacionada a melhor capacidade de realizar atividades com os MMSS. Portanto, os indivíduos avaliados, por não apresentarem grandes deficiências de MMSS, podem apresentar boa capacidade de realizar tarefas com os MMSS, o que pode ser verificado a partir da avaliação da habilidade manual, discutida a seguir.

De uma forma geral, a maioria dos indivíduos do presente estudo apresentou boa auto-percepção de habilidade manual e alteração da mobilidade funcional, com risco de quedas durante atividades funcionais, resultados que serão discutidos a seguir.

No presente estudo, a habilidade manual foi avaliada utilizando o ABILHAND, cuja média de pontuação apresentada pelos indivíduos foi de 2,39 logits. Em indivíduos pós AVC crônicos, a habilidade manual, avaliada por meio do ABILHAND apresentou-se como um ótimo preditor de função de membros superiores (MMSS) e satisfação percebida relacionada à atividade e participação (11;145). Em um estudo, que também utilizou o ABILHAND como medida de avaliação, a média de pontuação para indivíduos pós AVC crônicos foi de -0,707 logits e utilizou como ponto de corte, para considerar alta habilidade manual, médias maiores que -0,35 logits no score do ABILHAND (11). Em outro estudo (140) em que também foram avaliados indivíduos acometidos pelo AVC utilizando o ABILHAND, foi reportado uma média de pontuação de 0,08 logits. Dessa forma, considerando estes valores para discussão, pode-se concluir que os indivíduos avaliados apresentaram média de pontuação mais alta do que os valores reportados na literatura e, portanto, boa percepção de habilidade manual.

Para a maioria dos indivíduos, a independência funcional e a participação comunitária pressupõem a presença da capacidade de deambular (146). Grande parte dos indivíduos acometidos pelo AVC apresenta sequelas que podem alterar a capacidade de deambulação (147). Por isso, um dos principais objetivos da reabilitação para os

indivíduos pós AVC é o ganho e/ou manutenção da capacidade de andar em casa e na comunidade (82), sendo que a velocidade de marcha é um importante desfecho que reflete a mobilidade destes indivíduos (148;149). No teste de velocidade de marcha natural e máxima (VM-Natural e VM-Máxima), utilizado no presente estudo para avaliar a mobilidade, os indivíduos apresentaram média de velocidade de 0,77m/s e 1,08m/s, respectivamente. Valores semelhantes ao encontrado para VM-Natural foram reportados em estudos em que foram relacionadas a VM com a deambulação comunitária em indivíduos pós AVC (149;150).

Obter informações sobre a VM proporciona aos profissionais da saúde dados relacionadas à mobilidade funcional, sendo importante a avaliação tanto da VM-Natural quanto VM-Máxima, pois como indivíduos acometidos pelo AVC tendem a andar mais lentamente (151), é necessário determinar se eles apresentam a capacidade de aumentar a velocidade quando exigidos em alguma situação na comunidade, como ao atravessar a rua, o que é observado avaliando também a VM-Máxima (148). É importante destacar que a diferença entre a média da VM-Natural e da VM-Máxima sugere que os indivíduos, de uma forma geral, apresentam a capacidade de aumentar a sua velocidade de marcha quando solicitados, o que pode caracterizar um potencial de melhora da mobilidade. Este potencial deve ser reconhecido e utilizado pelos profissionais da UBS para direcionar práticas terapêuticas futuras.

No presente estudo, os valores da VM-Natural foram utilizados para classificar os indivíduos em categorias relacionadas à deambulação, como recomendado previamente (88). De acordo com os valores de referência da classificação utilizada (88), a maioria dos indivíduos avaliados (88%) foi classificada variando de limitada à completa deambulação comunitária. Este resultado assemelha-se ao reportado em outros estudos (85;150), cuja maioria dos indivíduos pós AVC na fase crônica também foram classificados como

deambuladores comunitários limitados. Além dessa limitação da mobilidade, determinada a partir da VM, é importante, também, considerar a limitação auto-percebida pelo indivíduo em relação à sua capacidade de deambular na comunidade. No presente estudo, quando questionados se saíam de casa, 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 saírem de casa sozinhos. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo que determinou o perfil de deambulação de indivíduos pós AVC crônicos: a maioria dos indivíduos (85%) apresentava marcha comunitária, porém, ao se considerar a marcha comunitária sem auxílio ou supervisão de terceiros, esse valor diminuiu para 55% (85). Portanto, os indivíduos acometidos pelo AVC subestimam a sua capacidade de deambulação, pois apesar de apresentarem condição física para deambular em determinado contexto, não são capazes de se perceberem com tal capacidade. Em conjunto, os resultados destes estudos ilustram que, após o episódio de AVC, os indivíduos normalmente apresentam limitação na mobilidade, porém apresentam, também, potencial de melhora, o que deve ser considerado para planejar estratégias de reabilitação.

Outra medida utilizada no presente estudo para avaliar a mobilidade funcional foi o TUG. Os indivíduos apresentaram tempo médio de realização de $19,74 \pm 10,9$ s. Considerando a classificação proposta para o TUG a partir do tempo de sua realização (83), a maioria dos indivíduos (54%) foi classificada como tendo risco de quedas. Além disso, ao avaliar o equilíbrio funcional por meio da EEB e utilizar a classificação proposta para prever risco de quedas (77), a maioria dos indivíduos (51%) foi novamente classificada como tendo risco de quedas. A queda é um evento que apresenta consequências negativas para a saúde dos indivíduos, sendo a limitação em atividades

uma das consequências mais prejudiciais, acarretando em declínio funcional, aumento do risco de um novo episódio de queda e aumento de incapacidades (152). Em indivíduos que já apresentam incapacidades crônicas decorrentes do episódio de AVC, as repercussões causadas pelas quedas podem agravar ainda mais a condição de saúde, podendo ocasionar novas hospitalizações e necessidade de maior cuidado à saúde, o que demonstra o impacto negativo que as quedas têm para os indivíduos e para os sistemas públicos de saúde (152). Portanto, o risco de quedas deve ser um indicador para o cuidado dos indivíduos avaliados no presente estudo, demonstrando a necessidade de melhora do equilíbrio e da mobilidade funcional destes indivíduos, o que poderá diminuir os riscos de cair. Também é necessária a orientação destes indivíduos e de seus cuidadores quanto às mudanças que são possíveis de serem realizadas no ambiente para prevenir e diminuir os risco de quedas (153).

O componente de Participação é o mais complexo da CIF, o que dificulta sua avaliação. No entanto, é indicado utilizar instrumentos de qualidade de vida para avaliar participação (50;89;90), apesar de serem constructos diferentes. O SSQOL-Brasil é o instrumento de qualidade de vida mais indicado para avaliar a participação dos indivíduos acometidos pelo AVC (89;90), portanto, foi utilizado no presente estudo. Os indivíduos do presente estudo avaliados pelo SSQOL-Brasil apresentaram média de pontuação de 164 pontos. Estudos que utilizaram este mesmo instrumento reportaram valores médios semelhantes ao do presente estudo, e relacionaram esta pontuação com a baixa percepção de qualidade de vida dos indivíduos (154;155). Em outro estudo, em que foi comparada uma amostra de indivíduos acometidos pelo AVC com um grupo controle pareado, foi identificado que a restrição na participação foi maior entre os indivíduos pós AVC, e que estes apresentaram-se 40% mais propensos a ter restrição na participação por causa da condição de saúde do que o grupo controle (156). Estes resultados

demonstram, portanto, a partir da pontuação média obtida no SSQOL-Brasil e do fato dos indivíduos avaliados serem acometidos pelo AVC, que os indivíduos do presente estudo apresentam baixa percepção de qualidade de vida e podem estar restritos quanto à participação social.

As estruturas e funções do corpo, as atividades e participação social são constructos que interagem entre si e se relacionam com os fatores contextuais, ambientais e pessoais, para determinar a funcionalidade e/ou incapacidade dos indivíduos com determinada condição de saúde (39). Portanto, além de avaliar as variáveis relacionadas a estes constructos, é fundamental avaliar os fatores contextuais ambientais, e a influência destes, agindo como facilitadores ou barreiras, para determinar o perfil de funcionalidade e incapacidade dos indivíduos acometidos pelo AVC. Por isso, no presente estudo, utilizou-se o instrumento MQE para avaliar a percepção dos indivíduos em relação aos fatores ambientais (47). Como resultado obteve-se como média de pontuação 1,30 para os facilitadores e -2,40 para os obstáculos. Ou seja, os indivíduos avaliados perceberam o contexto à sua volta, principalmente, como um obstáculo. Rochette *et al.* (2001) (157) também avaliaram a percepção de indivíduos acometidos pelo AVC, seis meses após receberem alta de uma unidade intensiva de reabilitação funcional no Canadá, quanto aos fatores ambientais utilizando o MQE, e encontraram valor médio para os facilitadores de 2,4 e para os obstáculos, o valor médio foi de -2,0. Portanto, no estudo de Rochette *et al.* (2001), estes indivíduos perceberam o ambiente, principalmente, como facilitador. Apesar de avaliar indivíduos com a mesma condição de saúde, as diferenças encontradas nos dois estudos para a percepção dos fatores ambientais, como facilitadores ou barreiras, podem ser explicadas pelo fato do ambiente apresentar efeitos diferentes nas pessoas dependendo da gravidade da condição de saúde apresentada ou do que as pessoas faziam ou fazem no contexto em que vivem (158).

Além disso, indivíduos que vivem em um país desenvolvido, como é o caso do Canadá, podem estar inseridos em um ambiente com a existência de mais facilitadores, como, por exemplo, transportes públicos mais acessíveis. Em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como no caso do Brasil, comumente encontram-se barreiras ambientais, como a dificuldade de acessibilidade pública. A percepção e influência do ambiente na vida dos indivíduos são resultantes de uma interação multifatorial, sofrendo influência de distintos fatores, como o sistema de saúde no qual os indivíduos estão inseridos, dos serviços públicos utilizados, da auto-percepção de saúde e do estilo de vida. Dessa forma, para a funcionalidade dos indivíduos acometidos pelo AVC, é importante, também, analisar a percepção destes indivíduos em relação ao contexto de vida (158). Nesse sentido, considerando a funcionalidade e a incapacidade como fenômenos multidimensionais que resultam da interação entre os indivíduos e o seu ambiente físico e social, é fundamental que além dos profissionais da própria UBS e dos usuários, os gestores do SUS, nas três esferas do governo, de forma articulada e integrada, desenvolvam estratégias para a progressiva inclusão das pessoas, principalmente aquelas com deficiências, eliminando barreiras atitudinais e arquitetônicas que impedem a efetiva participação social destes indivíduos (159). No Brasil, a legislação que fornece garantia dos direitos à acessibilidade à saúde das pessoas com deficiência (160;161) é bem estabelecida, porém é necessário desenvolver estratégias que garantam tais direitos (162). Uma estratégia possível, que pode representar um facilitador ao acesso, por exemplo, à reabilitação, é o atendimento dos indivíduos no nível primário (162), já que, normalmente, os indivíduos devem ser referenciados por uma UBS próxima às suas moradias (26). Estes resultados reforçam a importância da assistência frente às necessidades de saúde e funcionalidade desta população na atenção primária.

Por fim, após avaliação de variáveis de estrutura e função do corpo, atividade e participação e de fatores pessoais e ambientais, os indivíduos acometidos pelo AVC foram avaliados quanto à incapacidade e a dependência em AVD utilizando-se a EMR (92). Observou-se que a maioria dos indivíduos foi classificada como tendo incapacidades moderadas a leves, resultado que é confirmado por outros estudos na literatura, em que grande parte dos indivíduos na fase crônica pós AVC apresentam-se com incapacidades crônicas consequentes da condição de saúde (163-166).

A maioria dos indivíduos avaliados no presente estudo (54,5%) utilizou os serviços da UBS nos últimos seis meses precedentes à coleta de dados, principalmente, para renovar receita de medicamento. Este resultado reflete a realidade da medicalização do cuidado, em que o uso de medicamento é visto, tanto pelo profissional quanto pelo paciente, como principal ação terapêutica e, também, como forma de direcionar o cuidado somente ao diagnóstico médico (167). No entanto, cabe aos profissionais das equipes de saúde da família e do NASF romper com esta tradição medicalizante, substituindo-a por ações relacionadas à promoção da saúde (168). Dessa forma, o cuidado e o acompanhamento contínuo dos indivíduos acometidos pelo AVC por todos os membros das equipes permitem conhecer o contexto e a condição de saúde destes indivíduos, favorecendo uma abordagem ampliada dos problemas apresentados por estes, possibilitando criar ações educativas, que se tornem um importante mecanismo para evitar a medicalização do cuidado (168;169). Tais ações educativas poderão ser utilizadas como ferramenta para conscientizar os usuários a respeito das possibilidades de tratamentos não medicamentosos capazes de promover saúde e funcionalidade e, também, prevenir agravos da atual condição de saúde e das incapacidades. Estas possibilidades de tratamento estão disponíveis no sistema de saúde, mas precisam ser

articuladas e organizadas para atender as demandas específicas dos indivíduos acometidos pelo AVC.

A maioria dos indivíduos avaliados relatou nunca ter recebido informações e esclarecimentos sobre o AVC e os cuidados adequados relacionados a esta condição de saúde, apesar de considerarem importante receber estas informações. Resultados semelhantes foram reportados em estudo relacionado a práticas educativas de pacientes com doenças crônicas, em que os usuários da atenção primária consideraram a orientação e a educação em saúde elementos importantes para incentivar o auto-cuidado e a adesão ao tratamento (170). Indivíduos acometidos por doenças crônicas requerem uma intervenção constante, que vai além da prescrição de medicamentos e da assistência curativa. Na verdade, esta intervenção deve ser pautada na troca de informações, acompanhamento e orientações, objetivando maior resolutividade no tratamento (170). Dessa forma, a atenção a estes indivíduos deve ser permanente e integral, possibilitando obter melhorias na condição de saúde (18;170). Como parte desta integralidade estão as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos (18), que devem ser realizadas no nível da atenção primária (14), e devem possibilitar o empoderamento do usuário e favorecer o auto-cuidado (170). Considerando a definição de empoderamento como o processo educativo destinado a ajudar o indivíduo a desenvolver habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde (171), torna-se fundamental criar atividades relacionadas a este processo educativo, possibilitando o empoderamento dos indivíduos acometidos pelo AVC, estando estas atividades incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da atenção primária (172;173). Assim, é necessária a participação efetiva de todos os profissionais da atenção básica para planejar e desenvolver práticas educativas voltadas aos indivíduos acometidos pelo AVC, como grupos operativos que tenham como tema

central o AVC, que torne os usuários conscientes e corresponsáveis pelo seu tratamento (170), e atividades em grupo podem ser o meio oportuno para o esclarecimento sobre a condição de saúde e para a troca horizontalizada de informações e experiências entre usuários e profissionais da saúde (117).

Dentre os prontuários analisados, a maioria (54,5%) não apresentava registro de atendimento de algum profissional do NASF. Este resultado demonstra a possível falta de um cuidado integral e orientado a indivíduos com uma condição de saúde crônica, dificultando implementar o que é preconizado pela Portaria GM/MS Nº 665 (21), do Ministério da Saúde, aos indivíduos acometidos pelo AVC usuários da AB. O NASF é uma equipe de apoio da AB que é capaz de auxiliar na articulação e implementação das linhas de cuidado, como a Linha de Cuidados em AVC (14;21), e de projetos terapêuticos na UBS (174). O NASF também deve ser capaz de fomentar a integração da UBS com outros serviços de saúde disponíveis nas redes de atenção à saúde, possibilitando uma atenção ampla e contínua ao usuário (29;174). A Portaria que regulamenta o NASF (26) propõe que os profissionais que constituem este núcleo devem ser responsáveis pelas ações de reabilitação na UBS, propiciando redução de deficiências e incapacidade dos usuários e os encaminhando a outros níveis de atenção quando for necessário. Além disso, a Linha de Cuidados em AVC preconiza que “após a alta hospitalar, a equipe da UBS deve ser notificada da alta, para poder realizar o acompanhamento e seguimento desse usuário (...) todos [usuários] devem ter seus cuidados coordenados pelas equipes da AB. (...) 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“. Portanto, o provável não atendimento dos indivíduos pós AVC pela equipe do NASF reflete, possivelmente, que estes indivíduos não tiveram suas demandas em saúde identificadas, implicando em uma abordagem pouco resolutiva, limitada em

relação à reabilitação e restritiva em relação às necessidades em saúde. Possivelmente, isto impossibilita que estes usuários tenham acesso aos vários serviços disponíveis na rede de atenção à saúde (174).

Em resumo, os resultados obtidos com o desenvolvimento do presente estudo possibilitaram descrever o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde dos usuários de uma UBS da cidade de Belo Horizonte acometidos pelo AVC, utilizando o modelo da CIF para direcionar a coleta, interpretação e discussão dos dados. Apesar dos resultados discutidos anteriormente indicarem que os indivíduos avaliados apresentam importantes problemas de saúde e de funcionalidade, que para adequada resolução devem receber uma abordagem multiprofissional, que utilize ações baseadas na concepção de saúde não somente como a ausência de doença, e que seja capaz de tornar o indivíduo corresponsável pelo cuidado com sua saúde, buscando a promoção da saúde e de funcionalidade e a prevenção de agravos, isto não foi observado.

Os resultados do presente estudo são de grande importância, pois podem ser utilizados para estimular as equipes de saúde da família juntamente com a gerência da UBS a pensar, organizar e qualificar o cuidado à saúde dos usuários acometidos pelo AVC de acordo com as necessidades em saúde aqui apresentadas, podendo ser este cuidado criado de forma adequada ao que é estabelecido pelo Ministério da Saúde por meio da Linha de Cuidados em AVC e das Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Sendo assim, espera-se que, a partir do perfil apresentado no presente estudo, os membros das equipes de saúde da família da UBS identifiquem as necessidades em saúde dos usuários acometidos pelo AVC e desenvolvam ofertas de assistências capazes de atender às demandas apresentadas. Espera-se, também, que a gerência da UBS estimule suas equipes a desenvolverem as estratégias necessárias para os cuidados em

saúde identificados, determinando o que é possível de ser realizado com os recursos disponíveis. Os profissionais da UBS devem ser os responsáveis pela organização e gestão do cuidado integral, identificando e atendendo as necessidades em saúde dos indivíduos de sua área de abrangência, sendo capazes de oferecer a assistência adequada assim como encaminhar para outros locais apropriados quando preciso. Isso tudo porque a APS deve ser a responsável pela articulação da rede de atenção à saúde e a coordenadora e centralizadora do cuidado (20;175-177).

Os resultados que foram apresentados e discutidos devem ser considerados para além do contexto da UBS onde ocorreu a coleta de dados. Eles devem fortalecer a importância de se determinar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos acometidos pelo AVC usuários do SUS. Portanto, espera-se que o presente estudo estimule os profissionais da saúde pública a conhecer quem são esses indivíduos e suas reais necessidades de saúde, a perceber a importância e relevância de avaliar o perfil funcional dos indivíduos acometidos pelo AVC e como eles estão sendo abordados pelos profissionais ao longo das redes de atenção à saúde. Com o adequado conhecimento do estado de saúde dos indivíduos acometidos pelo AVC, da organização e do funcionamento dos serviços oferecidos a esses indivíduos no contexto da saúde pública, será possível determinar se estes indivíduos estão recebendo o cuidado integral e contínuo conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde e recomendado pelos guias clínicos. Para se desenvolver estratégias de cuidados coerentes com a realidade da população assistida, é imprescindível determinar a condição de saúde da população e os agravos decorrentes do AVC. Por fim, espera-se, também, que o presente estudo contribua para o planejamento e desenvolvimento de novos estudos com o objetivo de se conhecer cada vez mais a condição de saúde dos indivíduos acometidos pelo AVC

atendidos pelo SUS, para que, então, a organização e oferta dos cuidados sejam sempre condizentes com as reais necessidades em saúde apresentadas por estes indivíduos.

A partir dos resultados do presente estudo, e no contexto da discussão realizada, é necessário, também, uma reflexão a respeito do que atualmente é preconizado pelo Ministério da Saúde. A criação de diretrizes e portarias (14;21;97) que determinam e direcionam como deve ser o melhor cuidado aos indivíduos acometidos pelo AVC parece não ser suficiente para produzir mudanças na prática clínica (98). As melhores evidências são importantes para basear as condutas profissionais, porém se não existir os profissionais em quantidade suficiente e com condição de trabalho adequada, tanto estas evidências quanto o que é preconizado pelo Ministério da Saúde dificilmente serão implementados (98;130). Os profissionais da AB, que é a principal porta de entrada do SUS, precisam ser capazes de identificar as diversas necessidades em saúde apresentadas pela população da área de abrangência, solucionar e, também, encaminhar adequadamente os usuários para os demais pontos da rede de atenção, e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade (178), o que resulta em uma ampla demanda de trabalho.

Para implementar o que é recomendado pelo Ministério da Saúde, o primeiro passo é identificar as necessidades em saúde específicas dos usuários da UBS acometidos pelo AVC, como foi realizado no presente estudo. O passo seguinte é ter profissionais suficientes, com adequada qualificação para atender as demandas apresentadas e recomendações existentes, além de recursos materiais e tecnológicos adequados. Por exemplo, a implantação do NASF com número insuficiente de equipes e de profissionais, ou seja, diferente da quantidade que é estipulada pela portaria Nº 154 do Ministério da Saúde, pode gerar conflitos e frustrações pela incapacidade dos profissionais de atender

à demanda local, o que prejudica a permanência e vínculo entre profissionais e usuários (130).

Outra problemática encontrada no processo de trabalho na AB é a ausência de um sistema de informação que contemple registro das necessidades em saúde da população e de todas as atividades executadas por todos os profissionais das equipes. Isto é um obstáculo para a adequada verificação de quais cuidados em saúde são, de fato, oferecidos e executados para atender as demandas dos usuários. Estes registros forneceriam dados necessários para o processo de controle, monitoramento, avaliação e planejamento das ações das equipes que atuam no AB (179), possibilitando verificar se as ações desenvolvidas estão compatíveis com o que é preconizado e se estão sendo suficientemente resolutivas e integrais.

Apesar da importância dos resultados e discussões apresentadas, algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. Primeiro, há uma limitação relacionada ao processo de identificação dos usuários em potencial de participar do presente estudo, realizada por meio de relato dos profissionais das equipes de saúde da família e do NASF. Possivelmente, indivíduos acometidos pelo AVC e usuários da UBS não foram identificados e, portanto, incluídos no presente estudo. Optou-se por esta forma de identificação, pois não tivemos acesso a um banco de dados na UBS que apresentasse os registros de todos os usuários acometidos pelo AVC. A segunda limitação que pode ser apontada é a utilização dos registros dos prontuários para obter informações sobre os atendimentos prestados aos indivíduos acometidos pelo AVC. Apesar dos prontuários serem documentos que precisam conter os registros de todos os profissionais que atenderam e acompanharam estes indivíduos, foram identificados prontuários que estavam com registros incompletos e que constavam somente os registros dos atendimentos dos últimos anos, impossibilitando a obtenção de informações

registradas há mais tempo. Por último, os resultados do presente estudo são restritos quanto à generalização para outras UBS, uma vez que cada UBS da cidade de Belo Horizonte pode apresentar uma organização distinta em relação aos profissionais que compõem as equipes de saúde da família e o NASF, afetando o tipo de acompanhamento e assistência oferecidos aos seus usuários e, também, pelo fato destes usuários poderem apresentar um perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde diferente do reportado neste estudo.

5 CONCLUSÃO

A partir do perfil apresentado, conclui-se que os indivíduos avaliados apresentaram incapacidades crônicas relacionadas a deficiências em estrutura e função do corpo, limitações em atividades e restrição da participação, e perceberam o ambiente a sua volta como obstáculo, apresentando necessidades em saúde que requer uma atenção multidisciplinar e contínua. Apesar disso, a maioria dos indivíduos tiveram o cuidado à saúde direcionado a práticas medicalizantes, não tiveram registro no prontuário de atendimento dos profissionais do NASF e não tiveram acesso a práticas relacionadas à educação em saúde. Cabe ressaltar que estes resultados foram obtidos em uma UBS que apresentava tanto estrutura física quanto profissional para atendê-los de forma integral, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

As necessidades em saúde apresentadas podem e devem ser levadas em consideração pelos profissionais das equipes de saúde da família para organização do processo de cuidado integral da população de indivíduos acometidos pelo AVC. Além disso, espera-se que os resultados apresentados possibilitem a discussão, planejamento e implementação de estratégias de atenção à saúde que envolvam acompanhamento e cuidados direcionados especificamente a população de indivíduos acometidos pelo AVC usuários do SUS, fundamentadas em evidências já claramente estabelecidas e atendendo ao que é preconizado por guias clínicos e linha de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual STEPS de Acidente Vascular Cerebral da OMS**: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Genebra, 2006.
- (2) OLIVEIRA, G. M.; KLEIN, C. H.; SOUZA E SILVA, N. A. Mortality from cardiovascular diseases in three Brazilian states from 1980 through 2002.. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, D. C., v. 19, n. 2, p. 85-93 fev. 2006.
- (3) OVBIAGELE, B.; NGUYEN-HUYNH, M. N. Stroke epidemiology: advancing our understanding of disease mechanism and therapy. **Neurotherapeutics**, Orlando, v. 8, n. 3, p. 319-29, jul. 2011..
- (4) CROTTY, M.; GILES, L. C.; HALBERT, J.; HARDING, J.; MILLER, M. Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. **Age Ageing**, Oxford, v.37, n.6, p. 628-633, 2008.
- (5) YOUNG, J.; FORSTER, A. Review of stroke rehabilitation. **BMJ**, London, v. 334, n. 7584, p. 86-90, jan. 2007.
- (6) MINISTÉRIO DA SAÚDE/SE/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. **IBGE**: Bases Demográficas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/d29.def>>. Acesso em: 15 out 2014.
- (7) ROGER, V. L.; GO, A. S.; LLOYD-JONES, D. M.; ADAMS, R. J.; BERRY, J. D.; BROWN, T. M. *et al.* Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 123, n. 4, p. e18-e209, fev. 2011.
- (8) IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População e Demografia**: Projeções de População. Disponível em:<www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013
- (9) LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **Sao Paulo Med J**, São Paulo, v. 123, n. 1, p. 3-4, jan. 2005.
- (10) LOTUFO, P. A.; BENSENOR, I. M. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. **Int J Stroke**, Oxford, v. 4, n. 1, p. 40-1, fev. 2009.
- (11) BOUFFIOLX, E.; ARNOULD, C.; THONNARD, J. L. Satisfaction with activity and participation and its relationships with body functions, activities, or environmental factors in stroke patients. **Arch Phys Med Rehabil**, Chicago, v. 92, n. 9, p. 1404-10, set. 2011.

- (12) MAYO, N. E.; WOOD-DAUPHINEE, S.; COTE, R.; DURCAN, L.; CARLTON, J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. **Arch Phys Med Rehabil**, Chicago, v. 83, n. 8, p. 1035-42, ago. 2002
- (13) MAKIYAMA, T. Y.; BATTISTTELLA, L. R.; LITVOC, J.; MARTINS, L. C. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 106-9. set. 2004.
- (14) LINHA de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/linha_cuidado_avc_rede_urg_emer.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- (15) PARECER técnico para a atenção ao Acidente Vascular Cerebral. Disponível em: <[http://pwwweb2.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/redebrasilavc/usu_doc/prioridades_avc_\(2\).pdf](http://pwwweb2.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/redebrasilavc/usu_doc/prioridades_avc_(2).pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013
- (16) NATIONAL STROKE FOUNDATION. **Clinical Guidelines for Stroke Management**. Melbourne, Australia. 2010.
- (17) ROLIM, C. L.; MARTINS, M. Quality of care for ischemic stroke in the Brazilian Unified National Health System. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2106-16, nov. 2011
- (18) FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral**: uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013
- (19) WORLD HEALTH ORGANIZATION - Integrated health services: what and why? Technical Brief nº 1, may. 2008. **World Health Organization**, Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2013
- (20) MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde-OMS. 2ª ed. Brasília-DF: 2011
- (21) BRASIL. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 abr. 2012; Seção 1:35
- (22) BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 mar 2006; Seção 1:71

- (23) THUME, E.; FACCHINI, L. A.; WYSHAK, G.; CAMPBELL, P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. **Am J Public Health**, New York, v. 101, n. 5, p. 868-74, mai. 2011.
- (24) LEITE, H. R.; NUNES, A. P. N.; CORRÊA, C. L. Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Arq Ciênc Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 15-21, jan/abr. 2011.
- (25) TALBOT, L. R.; VISCOGLIOSI, C.; DESROSIERS, J.; VINCENT, C.; ROUSSEAU, J.; ROBICHAUD, L. Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. **Health Qual Life Outcomes**, London, v. 2, p. 53., set. 2004.
- (26) BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jan. 2008. Seção 1.
- (27) MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira da Saúde da Família**, Brasília (DF); http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia8.pdf. Acesso em: 4 fev. 2013.
- (28) Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Relatório em Gestão 2007**. Sistema Único em Saúde. Belo Horizonte: Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio_de_gestao_final_24-04-2008.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2013.
- (29) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica. Brasília. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2013.
- (30) MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 965, de 16 de novembro 2011. Aprova Projeto Piloto de Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação do SUS-BH. **Diário do Executivo e Legislativo**, Belo Horizonte, Disponível em: <<http://ws.mpmg.mp.br/biblio/informa/251116655.htm>>. Acesso em: 7 fev. 2013.
- (31) PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, mai. 2011.
- (32) WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Medical Rehabilitation: Second report**. Geneva: 1969. (World Health Organ Tech Rep Ser. v. 419, p. 1-23. 1969).
- (33) RELATÓRIO Mundial Sobre a Deficiência. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Organização Mundial da Saúde. 2011.

- (34) JORGENSEN, H. S.; NAKAYAMA, H.; RAASCHOU, H. O.; VIVE-LARSEN, J.; STOIER, M.; OLSEN, T. S. Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome. The Copenhagen Stroke Study. **Arch Phys Med Rehabil**, Chicago, v. 76, n. 5, p.399-405, mai. 1995a.
- (35) JORGENSEN, H. S.; NAKAYAMA, H.; RAASCHOU, H. O.; VIVE-LARSEN, J.; STOIER, M.; OLSEN, T. S. Outcome and time course of recovery in stroke. Part II: Time course of recovery. The Copenhagen Stroke Study. **Arch Phys Med Rehabil**, Chicago, v. 76, n. 5, p. 406-12 mai. 1995b.
- (36) DE OLIVEIRA BRASIL, A. C. Promoção de Saúde e a Funcionalidade Humana. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 1-4, jan/mar. 2013.
- (37) BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Diretrizes da Política de Reabilitação no SUS-BH**. Gerência de Projetos Especiais. Gerência de Assistência à Saúde.
- (38) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde. **Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** - Classificação detalhada com definições. 2003.
- (39) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-America de Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.
- (40) SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; FONSECA, S. T. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 6, n. 3, p. 113-8, jun. 2002.
- (41) Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial da União**, 06 jun. 2012; seção 1(137).
- (42) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comunicado de imprensa da OMS** - Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), de 15 nov. 2001. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/PessoascomDeficiencia/ClassificacaoInternacionaldeFuncionalidades.pdf> Acesso em: 27 set. 2013.
- (43) DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Portal da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf> Acesso em: 9 abr. 2015.
- (44) FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor. UNA-SUS. UNIFESP. 2010. 21p.

- (45) ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS - ABEP. **Dados com base no levantamento sócio econômico**. Disponível em: <www.apeb.org.>. Acesso em: 14 out. 2014
- (46) CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Physical activity trends - United States, 1990-1998. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, Atlanta, v. 50, n. 9, p. 166-9, mar. 2001.
- (47) FOUGEYROLLAS, P.; NOUREAU, L.; ST-MICHAEL, G.; BOSCHEN, K. Measure of the Quality of the Environment -version 2.0. Québec, Canada: **RIPPH/INDCP**. 2008.
- (48) SALTER, K.; JUTAI, J. W.; TEASELL, R.; FOLEY, N. C.; BITENSKY, J. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Body Functions. **Disabil Rehabil**, London, v. 27, n. 4, p. 191-207, fev. 2005a.
- (49) SALTER, K.; JUTAI, J. W.; TEASELL, R.; FOLEY, N. C.; BITENSKY, J.; BAYLEY, M. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF activity. **Disabil Rehabil**, London, v. 27, n. 6, p. 315-40, mar. 2005b.
- (50) SALTER, K.; JUTAI, J. W.; TEASELL, R.; FOLEY, N. C.; BITENSKY, J.; BAYLEY, M. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Participation. **Disabil Rehabil**, London, v. 27, n. 9, p. 507-28, mai. 2005c..
- (51) SCHEPERS, V. P.; KETELAAR, M.; VAN DE PORT, I. G.; VISSER-MEILY, J. M.; LINDEMAN, E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Disabil Rehabil**, London, v. 29, n. 3, p. 221-30, fev. 2007.
- (52) DUNCAN, P. W. Outcome measures in stroke rehabilitation. **Handb Clin Neurol**, Amsterdam, v. 110, p. 105-11, jan. 2013.
- (53) ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Reliability of the Brazilian version of the ++abbreviated form of Geriatric Depression Scale (GDS) short form. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-6, jun. 1999.
- (54) BURTON, L. J.; TYSON, S. Screening for mood disorders after stroke: a systematic review of psychometric properties and clinical utility. **Psychol Med**, London, v. 27, p. 1-21, fev. 2014.
- (55) ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to icd-10 and DSM-IV. **Int J Geriat Psychiatry**, Chichester, v. 14, n. 10, p. 858-65, out. 1999.

- (56) CASTELO, M. S.; COELHO-FILHO, J. M.; CARVALHO, A. F.; LIMA, J. W.; NOLETO, J. C.; RIBEIRO, K. G. et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. **Int Psychogeriatr**, New York, v. 22, n. 1, p. 109-13, fev. 2010.
- (57) MAKI, T.; QUAGLIATO, E. M. A. B.; CACHO, E. W. A.; PAZ, L. P. S.; NASCIMENTO, N. H.; INOUE, M. M. E. A. et al. Estudo de confiabilidade da aplicação da Escala de Fulg-Meyer no Brasil. **Rev. Bras. Fisioter**, São Carlos, v. 10, n. 2, p. 177-83, 2006.
- (58) FUGL-MEYER, A. R.; JAASKO, L.; LEYMAN, I.; OLSSON, S.; STEGLIND, S. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance. **Scand J Rehabil Med**, Stockholm, v. 7, n. 1, p. 13-31. 1995.
- (59) BAHANNON, R. W.; SMITH, M. B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. **Phys Ther**, Albany, v. 67, n. 2, p. 206-7, fev. 1987.
- (60) LI, F.; WU, Y.; LI, X. Test-retest reliability and inter-rater reliability of the Modified Tardieu Scale and the Modified Ashworth Scale in hemiplegic patients with stroke. **Eur J Phys Rehabil Med**, Torino, v. 50, n. 1, p. 9-15, fev. 2014.
- (61) QUINTINO, L. F.; MARTINS, J. C.; AGUIAR, L. T.; LARA, E. M.; FRANCO, J.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Força de preensão manual em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico utilizando o Teste do Esfigmomanômetro Modificado: relação com força global do membro superior parético e função motora. In: Semana de Iniciação Científica da UFMG, XXII, 2013, Belo Horizonte. **Anais da Semana de Iniciação Científica**. Belo Horizonte: UFMG. 2013.
- (62) FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J. C.; FORMIGHIERI, P. F. O idoso frágil. Disponível em: <http://cg.fmrp.usp.br/novo/images/pdf/conteudo_disciplinas/oidosofragil.pdf> Acesso em: 16 set. 2013.
- (63) FRIED, L. P.; TANGEN, C. M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A. B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, Washington, D.C, v. 56, n. 3, p. M146-M156, mar. 2001.
- (64) GARCIA, P. A.; DIAS, J. M.; DIAS, R. C.; SANTOS, P.; ZAMPA, C. C. A study on the relationship between muscle function, functional mobility and level of physical activity in community-dwelling elderly. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 15, n. 1, p. 15-22, jan. 2011.
- (65) MARTINS, J. C. **Validade e confiabilidade do teste do esfigmomanômetro modificado para a avaliação da força muscular de membros superiores de indivíduos na fase crônica do acidente vascular encefálico**. Belo Horizonte, 2013. Dissertação (Mestrado em

Ciências da Reabilitação). Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de Minas Gerais.

- (66) SOUZA, L. A. C.; MARTINS, J. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; GODOY, M. R.; AGUIAR, L. T.; FARIA, C. D. C. M. Avaliação da força muscular pelo teste do esfigmomanômetro modificado: uma revisão da literatura. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 437-52, abr/jun. 2013.
- (67) FIGUEIREDO, I. M.; SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; SILVA, F.; SOUZA, M. A. P. Teste de força de preensão palmar utilizando o dinamômetro Jamar. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 104-10, jun. 2007.
- (68) DESROSIERS, J.; ROCHETTE, A.; CORRIVEAU, H. Validation of a new lower-extremity motor coordination test. **Arch Phys Med Rehabil**, Philadelphia, v. 86, n. 5, p. 993-8, mai. 2005.
- (69) PINHEIRO, M. B.; SCIANNI, A. A.; ADA, L.; FARIA, C. D.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Reference values and psychometric properties of the lower extremity motor coordination test. **Arch Phys Med Rehabil**, Philadelphia, v. 95, n. 8, p. 1490-7, ago. 2014.
- (70) BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.
- (71) CUMMING, T. B.; CHURILOV, L.; LINDEN, T.; BERNHARDT, J. Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental State Examination are both valid cognitive tools in stroke. **Acta Neurol Scand**, Copenhagen, v. 128, n. 2, p. 122-9, ago. 2013.
- (72) BRUCKI, S. M.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H.; OKAMOTO, I. H. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-81, set. 2003.
- (73) BOISSY P.; BOURBONNAIS, D.; CARLOTTI, M. M.; GRAVEL, D.; ARSENAULT, B. A. Maximal grip force in chronic stroke subjects and its relationship to global upper extremity function. **Clin Rehabil**, Londres, v. 13, n. 4, p.354-62, aug. 1999.
- (74) SWAINE, B. R.; SULLIVAN, S. J. Reliability of the scores for the finger-to-nose test in adults with traumatic brain injury. **Phys Ther**, Albany, v. 73, n. 2, p. 71-8, fev. 1993.
- (75) MIYAMOTO, S. T.; LOMBARDI, J. I.; BERG, K. O.; RAMOS, L. R, Natour J. Brazilian version of the Berg balance scale. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 9, p. 1411-21, set. 2004.
- (76) CHOU, C. Y.; CHIEN, C. W.; HSUEH, I. P.; SHEU, C. F.; WANG, C. H.; HSIEH, C. L. Developing a short form of the Berg Balance Scale for people with stroke. **Phys Ther**, Albany, v. 86, n. 2, p. 195-204, fev. 2006.

- (77) MAEDA, N.; KATO, J.; SHIMADA, T. Predicting the probability for fall incidence in stroke patients using the Berg Balance Scale. **J Int Med Res**, Northampton, v. 37, n. 3, p. 697-704, mai/jun. 2009.
- (78) ABILHAND-Rehab-scales.org. Disponível em: <<http://www.rehab-scales.org/abilhand.html>>. Acesso em: 7 nov. 2014.
- (79) PENTA, M.; TESIO, L.; ARNOULD, C; ZANCAN, A; THONNARD, J. L. The ABILHAND questionnaire as a measure of manual ability in chronic stroke patients: Rasch-based validation and relationship to upper limb impairment. **Stroke**, Dallas, v. 32, n. 7, p. 1627-34, jul. 2001.
- (80) PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **J Am Geriatr Soc**, New York, v. 39, n. 2, p. 142-8, fev. 1991.
- (81) FARIA, C. D.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; NETO, M. G.; RODRIGUES-DE-PAULA, F. Performance-based tests in subjects with stroke: outcome scores, reliability and measurement errors. **Clin Rehabil**, London, v. 26, n. 5, p. 460-9, mai. 2012.
- (82) HAFSTEINSDOTTIR, T. B.; RENSINK, M.; SCHUURMANS, M. Clinimetric properties of the Timed Up and Go Test for patients with stroke: a systematic review. **Top Stroke Rehabil**, Frederick, v. 21, n. 3, p. 197-210, mai. 2014.
- (83) ANDERSSON, A. G.; KAMWENDO, K.; SEIGER, A.; APPELROS, P. How to identify potential fallers in a stroke unit: validity indexes of 4 test methods. **J Rehabil Med**, Stockholm, v. 38, n. 3, p. 186-91, mai. 2006.
- (84) NASCIMENTO, L. R.; CAETANO, L. C.; FREITAS, D. C.; MORAIS, T. M.; POLESE, J. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Different instructions during the ten-meter walking test determined significant increases in maximum gait speed in individuals with chronic hemiparesis. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 16, n. 2, p. 122-7, abr. 2012.
- (85) FRANZOI, A. C.; KAGOHARA, N. S. Correlação do perfil de deambulação e velocidade da marcha em um grupo de pacientes hemiplégicos atendidos em um centro de reabilitação. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 78-81, jul. 2007.
- (86) SALBACH, N. M.; MAYO, N. E.; HIGGINS, J.; AHMED, S.; FINCH, L. E.; RICHARDS, C. L. Responsiveness and predictability of gait speed and other disability measures in acute stroke. **Arch Phys Med Rehabil**, Philadelphia, v. 82, n. 9, p. 1204-12, set. 2001.
- (87) LORD, S. E.; ROCHESTER, L. Measurement of community ambulation after stroke: current status and future developments. **Stroke**, Dallas, v. 36, n. 7, p. 1457-61, jul. 2005.

- (88) PERRY, J.; GARRETT, M.; GRONLEY, J. K.; MULROY, S. Classification of Walking Handicap in the Stroke Population. **Stroke**, Dallas, v. 26, n. 6, p. 982-9, jun. 1995.
- (89) SILVA, S. M.; CORRÊA, F. I.; FARIA, C. D. C. M.; CORRÊA, J. C. F. Comparison of quality-of-life instruments for assessing the participation after stroke based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Braz J Phys Ther**, São Carlos, v. 17, n. 5, p.470-478, set/out. 2013.
- (90) FARIA, C. D.; SILVA, S. M.; CORREA, J. C.; LAURENTINO, G. E.; TEIXEIRA-SALMELA L. F. Identification of ICF participation categories in quality-of-life instruments utilized in cerebrovascular accident victims. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, D.C, v. 31, n. 4, p.338-44, abr. 2012.
- (91) LIMA, R.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; MAGALHAES, L.; GOMES-NETO, M. Propriedades da versão brasileira do stroke specific quality of life: aplicação do modelo Rasch. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos v. 12, n. 2, p. 149-56, mar/abr. 2008.
- (92) BRITO, R. G.; LINS, L. C. R. F.; ALMEIDA, C. D. A.; RAMOS NETO, E. S.; ARAÚJO, D. P.; FRANCO, C. I. F. Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 593-9, ago. 2013.
- (93) CINCURA, C.; PONTES-NETO, O. M.; NEVILLE, I. S.; MENDES, H. F.; MENEZES, D. F.; MARIANO, D. C. et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. **Cerebrovasc Dis**, Basel, v. 27, n. 2, p. 119-22, fev. 2009.
- (94) JORGE, L. L.; BRITO, A. M.; MARCHI, F. H.; HARA, A. C.; BATTISTELLA, L. R.; RIBERTO M. New rehabilitation models for neurologic inpatients in Brazil. **Disabil Rehabil**, London, abri. 2014.
- (95) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. 212p1s1. Consulta pública nº 39, de 28 de Outubro de 2010. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - trombólise no Acidente Vascular Encefálico isquêmico agudo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 out. 2010, p.1, seção 1.
- (96) WILSON, J. T.; HAREENDRAN, A.; GRANT, M.; BAIRD, T.; SCHULZ, U. G.; MUIR, K. W. et al. Improving the assessment of outcomes in stroke: use of a structured interview to assign grades on the modified Rankin Scale. **Stroke**, Dallas, v. 33, n. 9, p. 2243-6, set. 2002.
- (97) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. Brasília-DF.2013.

- (98) NEVES, P.P.; FONTES, S. V.; FUKUJIMA, M. M.; MATAS, S. L. A.; PRADO, G. F. Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 173-81, out/dez. 2004.
- (99) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- (100) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta pública nº 5, de 25 de fevereiro de 2013. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. **Diário Oficial da União**, p. 111, Seção 1. 27 fev. 2013.
- (101) NIEWADA, M.; CZLONKOWSKA, A. Prevention of ischemic stroke in clinical practice: a role of internists and general practitioners. **Pol Arch Med Wewn**, Warszawa, v. 124, n. 10, p. 540-8, out. 2014.
- (102) PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Study of the main risk factors frequencies for ischemic cerebrovascular disease in elderly patients. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 62, n. 3B, p. 844-51, set. 2004.
- (103) BEST, C.; VAN WIJCK, F.; DINAN-YOUNG, S.; DENNIS, J.; SMITH, M.; FRASER, H. et al. Best Practice Guidance for the Development of Exercise after Stroke Services in Community Settings. **The University of Edinburgh**. November. 2010.
- (104) CARROLL, D. D.; COURTNEY-LONG, E. A.; STEVENS, A. C.; SLOAN, M. L.; LULLO, C.; VISSER, S. N. et al. Vital signs: disability and physical activity--United States, 2009-2012. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, Atlanta, v. 63, n. 18, p. 407-13, mai. 2014.
- (105) KUNKEL, D.; FITTON, C.; BURNETT, M.; ASHBURN, A. Physical inactivity post-stroke: a 3-year longitudinal study. **Disabil Rehabil**, London, v. 14, p. 1-7, mai. 2014.
- (106) BILLINGER, S. A.; ARENA, R.; BERNHARDT, J.; ENG, J. J.;FRANKLIN, B. A.; JOHNSON C. M. et al. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, Dallas, v. 45, n. 8, p. 2532-53, ago. 2014.
- (107) CARVALHO, A.C.; VANDERLEI, L. C. M.; BOFI, T. C.; PEREIRA, J. D. A. S.; NAWA, V. A. Projeto Hemiplegia - Um modelo de fisioterapia em grupopara hemiplégicos crônicos. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 3, p. 161-8, 2007.
- (108) PANG, M. Y.; HARRIS, J. E.; ENG, J. J. A community-based group upper extremity exercise program improves motor function and performance of functional activities in chronic stroke: a randomized controlled trial. **Arch Phys Med Rehabil**, Philadelphia, v. 87, n. 1, p. 1-9, jan. 2006.

- (109) WEVERS, L.; VAN DE PORT, I.; VERMUE, M.; MEAD, G.; KWAKKEL, G. Effects of task-oriented circuit class training on walking competency after stroke: a systematic review. **Stroke**, Dallas, v. 40, n. 7, p. 2450-9, jul. 2009.
- (110) Braun, A.; Herber, V.; Michaelsen, S. M. Relação entre nível de atividade física, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com hemiparesia. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 30-4, jan/fev., 2012.
- (111) SAUNDERS, D. H.; GREIG, C. A.; MEAD, G. E. Physical Activity and Exercise After Stroke: Review of Multiple Meaningful Benefits. **Stroke**, Dallas, v. 45, n. 12, p. 3742-7, dez. 2014.
- (112) CARVALHO, F. F.; SANTOS, J. N.; SOUZA, L. M.; SOUZA, N. R. M. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 189-95. 2012.
- (113) PAVAO, A. L.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Self-rated health and the association with social and demographic factors, health behavior, and morbidity: a national health survey. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-34, abr. 2013.
- (114) SILVA, R. J. S.; SMITH-MENEZES, A.; TRIBESS, S.; RÓMO-PEREZ, V.; JÚNIOR, J. S. V. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-62, mar. 2012.
- (115) MANOR, O.; MATTHEWS, S.; POWER, C. Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. **Int J Epidemiol**, London, v. 30, n. 3, p. 600-7, jun. 2001.
- (116) NUNES, A. P.; BARRETO, S. M.; GONCALVES, L. G. Social relations and self-rated health: the ageing and health project. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 415-28, jun. 2012.
- (117) MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. Groups in basic health attention in Porto Alegre: uses and forms of therapeutic intervention. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.16, supl 1, p. 973-82, 2011.
- (118) AYERBE, L.; AYIS, S.; CRICHTON, S. L.; RUDD, A. G.; WOLFE, C. D. Explanatory factors for the increased mortality of stroke patients with depression. **Neurology**, Minneapolis, v. 25, n. 83, p. 2007-12, out. 2014.
- (119) BROOMFIELD, N. M.; QUINN, T. J.; ABDUL-RAHIM, A. H.; WALTERS, M. R.; EVANS, J. J. Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. **BMC Neurol**, London, v. 14, p. 198, out. 2014.

- (120) HSU, N. W.; TSAO, H. M.; CHEN, H. C.; CHOU, P. Anxiety and depression mediate the health-related quality of life differently in patients with cardiovascular disease and stroke-preliminary report of the Yilan study: a population-based community health survey. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 9, p. :e107609, set. 2014.
- (121) JEONG, Y. J.; KIM, W. C.; KIM, Y. S.; CHOI, K. W.; SON, S. Y.; JEONG, Y. G. The Relationship between Rehabilitation and Changes in Depression in Stroke Patients. **J Phys Ther Sci**, Moroyama, v. 26, n. 8, p. 1263-6, ago. 2014.
- (122) WHITE, J. H.; ATTIA, J.; STURM, J.; CARTER, G.; MAGIN, P. Predictors of depression and anxiety in community dwelling stroke survivors: a cohort study. **Disabil Rehabil**, London, v. 36, n. 23, p. 1975-82, fev. 2014.
- (123) T TERRONI, L.; MATTOS, P.; SOBREIRO, M.; GUAJARDO, V.; FRÁGUAS, R. Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. **Rev Psiq Clín**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 100-8, 2009.
- (124) GRACE, J.; NADLER, J. D.; WHITE, D. A.; GUILMETTE, T. J.; GIULIANO, A. J.; MONSCH, A. U. et al. Folstein vs modified Mini-Mental State Examination in geriatric stroke. Stability, validity, and screening utility. **Arch Neurol**, Chicago, v. 52, n. 5, p. 477-84, mai. 1995.
- (125) ROSTAMIAN, S.; MAHINRAD, S.; STIJNEN, T.; SABAYAN, B.; DE CRAEN, A. J. Cognitive impairment and risk of stroke: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. **Stroke**, Dallas, v. 45, n. 5, p. 1342-8, mai. 2014.
- (126) LEES, R.; SELVARAJAH, J.; FENTON, C.; PENDLEBURY, S. T.; LANGHORNE, P.; STOTT, D. J. et al. Test accuracy of cognitive screening tests for diagnosis of dementia and multidomain cognitive impairment in stroke. **Stroke**, Dallas, v. 45, n. 10, p. 3008-18, out. 2014.
- (127) STEPHAN, B. C.; MINETT, T.; MUNIZ, T. G.; MATTHEWS, F. E.; BRAYNE, C. Dementia prediction for people with stroke in populations: is mild cognitive impairment a useful concept? **Age Ageing**, London, v. 44, n. 1, p. 78-83, jan. 2015.
- (128) SUN, J. H.; TAN, L.; YU, J. T. Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. **Ann Transl Med**, Hong Kong, v. 2, n. 8, p. 80, ago. 2014.
- (129) RIST, P. M.; CHALMERS, J.; ARIMA, H.; ANDERSON, C.; MACMAHON, S.; WOODWARD, M. et al. Baseline cognitive function, recurrent stroke, and risk of dementia in patients with stroke. **Stroke**, Dallas, v. 44, n. 7, p. 1790-5, jul. 2013.

- (130) COSTA, M. S.; BRANCO, C. E. R. C.; RIBEIRO, M. D. A.; BEZERRA, E. M. A.; MOREIRA, A. K. F.; FILGUEIRAS, M. C. Perfil e atuação fisioterapêutica nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) em Parnaíba - Piauí. **Science in Health**, Piauí, v. 4, n. 3, p. 129-37, set/dez. 2013.
- (131) ARENE, N.; HIDLER, J. Understanding motor impairment in the paretic lower limb after a stroke: a review of the literature. **Top Stroke Rehabil**, Frederick, v. 16, n. 5, p. 346-56, set. 2009.
- (132) SOMMERFELD, D. K.; EEK, E. U.; SVENSSON, A. K.; HOLMQVIST, L. W.; VON ARBIN, M. H. Spasticity after stroke: its occurrence and association with motor impairments and activity limitations. **Stroke**, Dallas, v. 35, n. 1, p. 134-9, jan. 2004.
- (133) WELMER, A. K.; VON, A. M.; WIDEN, H. L.; SOMMERFELD, D. K. Spasticity and its association with functioning and health-related quality of life 18 months after stroke. **Cerebrovasc Dis**, Basel, v. 21, n. 4, p. 247-53, jan. 2006.
- (134) FARIA, I. **Função do membro superior em hemiparéticos crônicos: análise através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Belo Horizonte, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação). Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de Minas Gerais.
- (135) OPHEIM, A.; DANIELSSON, A.; ALT, M. M.; PERSSON, H. C.; Sunnerhagen, K. S. Upper-limb spasticity during the first year after stroke: stroke arm longitudinal study at the University of Gothenburg. **Am J Phys Med Rehabil**, Baltimore, v. 93, n. 10, p. 884-96, out. 2014.
- (136) POMEROY, V. M.; DEAN, D.; SYKES, E.; FARAGHER, B.; YATES, M., TYRREL, P. J. et al. The unreliability of clinical measures of muscle tone: implications for stroke therapy. **Age and Ageing**, London, v. 29, n. 3, p. 229-33, mai. 2000.
- (137) ALLEY, D. E.; SHARDELI, M. D.; PETERS, K. W.; MCLEAN, R. R.; DAM, T. T.; KENNY, A. M. et al. Grip strength cutpoints for the identification of clinically relevant weakness. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, Washington, D.C, v. 69, n. 5, p. 559-66, mai. 2014.
- (138) HARRIS, J. E.; ENG, J. J. Paretic upper-limb strength best explains arm activity in people with stroke. **Phys Ther**, Albany, v. 87, n. 1, p. 88-97, jan. 2007.
- (139) GERALDES, A.; OLIVEIRA, A.; ALBUQUERQUE, R.; FARINATTI, P. A força de preensão manual é boa preditora do desempenho funcional de idosos frágeis: um estudo correlacional múltiplo. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 14, n. 1, p. 12-6, jan/fev. 2008.

- (140) RANTANEN, T.; HARRIS, T.; LEVEILLE, S. G.; VISSER, M.; FOLEY, D.; MASAKI, K. et al. Muscle strength and body mass index as long-term predictors of mortality in initially healthy men. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, Washington, D.C, v. 55, n. 3, p. M168-M173, mar. 2000.
- (141) d DA SILVA, P. B.; ANTUNES, F. N.; GRAEF, P.; CECHETTI, F.; PAGNUSSAT, A. S. Strength Training Associated with Task-Oriented Training to Enhance Upper-Limb Motor Function in Elderly Patients with Mild Impairment After Stroke: A Randomized Controlled Trial. **Am J Phys Med Rehabil**, Baltimore, v. 94, n. 1, p. 11-9, jan. 2015.
- (142) HARRIS, J. E.; ENG, J. J. Strength training improves upper-limb function in individuals with stroke: a meta-analysis. **Stroke**, Dallas, v. 41, n. 1, p. 136-40, jan. 2010.
- (143) CANNING, C. G.; ADA, L.; ADAMS, R.; O'DWYER, N. J. Loss of strength contributes more to physical disability after stroke than loss of dexterity. **Clin Rehabil**, London, v. 18, n. 3, p. 300-8, mai. 2004.
- (144) MERCIER, C.; BOURBONNAIS, D. Relative shoulder flexor and handgrip strength is related to upper limb function after stroke. **Clin Rehabil**, London, v. 18, n. 2, p. 215-21, mar. 2004.
- (145) (140) WANG, T.; LIN, K.; WU, C.; CHUNG, C.; PEI, Y.; TENG, Y. Validity, responsiveness, and clinically important difference of the ABILHAND questionnaire in patients with stroke. **Arch Phys Med Rehabil**, Philadelphia, v. 92, n. 1086, p. 1086-1091, jul. 2011.
- (146) BOHANNON, R. W. Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants. **Age Ageing**, London, v. 26, n.1, p. 15-9.
- (147) LITTLE, V. L.; MCGUIRK, T. E.; PATTEN, C. Impaired Limb Shortening following Stroke: What's in a Name? **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 10, p. e110140, out. 2014.
- (148) KOLLEN, B.; KWAKKEL, G.; LINDEMAN, E. Hemiplegic gait after stroke: is measurement of maximum speed required? **Arch Phys Med Rehabil**, Philadelphia, v. 87, n. 3, p. 358-63, mar. 2006.
- (149) VAN DE PORT, I. G.; KWAKKEL, G.; LINDEMAN, E. Community ambulation in patients with chronic stroke: how is it related to gait speed? **J Rehabil Med**, Stockholm, v. 40, n. 1, p. 23-7, jan. 2008.
- (150) TAYLOR-PILIAE, R. E.; LATT, L. D.; HEPWORTH, J. T.; COULL, B. M. Predictors of gait velocity among community-dwelling stroke survivors. **Gait Posture**, Oxford, v. 35, n. 3, p. 395-9, mar. 2012.
- (151) CHEN, G.; PATTEN, C.; KOTHARI, D. H.; ZAJAC, F. E. Gait differences between individuals with post-stroke hemiparesis and non-disabled controls at matched speeds. **Gait Posture**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 51-6. 2005.

- (152) MAIA, B.; VIANA, P.; ARANTES, P.; ALENCAR, M. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 381-94, abr/jun. 2011.
- (153) RIBEIRO, A. P.; DE SOUZA, E. R.; ATIE, S.; DE SOUZA, A. C.; SCHILITZ, A. O. The influence of falls on the quality of life of the aged. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-73, jul. 2008.
- (154) MONTEIRO, R. B.; LAURENTINO, G. E.; MELO, P. G.; CABRAL, D. L.; CORREA, J. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Fear of falling and the relationship with the measure of functional independence and quality of life in post-Cerebral Vascular Accident (Stroke) victims. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2017-27, jul. 2013.
- (155) RANGEL, E.; BELASCO, A.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul Enferm**, São paulo, v. 26, n. 2, p. 205-12. 2013.
- (156) SKOLARUS, L. E.; BURKE, J. F.; BROWN, D. L.; FREEDMAN, V. A. Understanding stroke survivorship: expanding the concept of poststroke disability. **Stroke**, Dallas, v. 5, n. 1, p. 224-30, jan. 2014.
- (157) Rochette, A.; Desrosiers, J.; Noreau, L. Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. **Disabil Rehabil**, London, v. 23, n. 13, p. 559-69, set. 2001.
- (158) ALGUREN, B.; LUNDGREN-NILSSON, A.; SUNNERHAGEN, K. S. Facilitators and barriers of stroke survivors in the early post-stroke phase. **Disabil Rehabil**, London, v. 31, n. 19, p. 1584-91. 2009.
- (159) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Série E. Legislação em Saúde. 1º ed. Brasília-DF, 2008.
- (160) BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 7853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio as pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a coordenadoria nacional para integração da pessoa portadora de deficiência (corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do ministério público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 25 out. 1989, p. 1920. 1989.
- (161) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 1060, de 05 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**, de 06 jun. 2002
- (162) AMARAL, F. L.; HOLANDA, C. M.; QUIRINO, M. A.; NASCIMENTO, J. P.; NEVES, R. F.; RIBEIRO, K. S. et al. Accessibility for people with disabilities or permanent mobility restrictions to the Unified Health System. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n. 7, p. 1833-40, jul. 2012.

- (163) FERNANDES, T. G.; GOULART, A. C.; SANTOS-JUNIOR, W. R.; ALENCAR, A. P.; BENSENOR, I. M.; LOTUFO, P. A. Educational levels and the functional dependence of ischemic stroke survivors. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1581-90, ago. 2012.
- (164) GALANTH, S.; TRESSIERES, B.; LANNUZEL, A.; FOUCAN, P.; ALECU, C. Factors Influencing Prognosis and Functional Outcome One Year After a First-Time Stroke in a Caribbean Population. **Arch Phys Med Rehabil**, Philadelphia, v. 95, n. 11, p. 2134-9, nov. 2014.
- (165) MUTAI, H.; FURUKAWA, T.; ARAKI, K.; MISAWA, K.; HANIHARA, T. Long-term outcome in stroke survivors after discharge from a convalescent rehabilitation ward. **Psychiatry Clin Neurosci**, Carlton, v. 67, n. 6, p. 434-40, set. 2013.
- (166) SLOT, K. B.; BERGE, E.; DORMAN, P.; LEWIS, S.; DENNIS, M.; SANDERCOCK, P. Impact of functional status at six months on long term survival in patients with ischaemic stroke: prospective cohort studies. **BMJ**, London, v. 336, n. 7640, p. 376-9, fev. 2008.
- (167) BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B.; GONDIM, A. P. S.; LIMA, L. L.; VASCONCELOS, M. G. F. "I went to the health unit and the doctor sent me here": process of medicationalization and (non)resolution of mental healthcare within primary care. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74. 2014
- (168) TESSER, C. D.; POLI, N. P.; CAMPOS, G. W. User embracement and social (de)medicalization: a challenge for the family health teams. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 15, supl 3, p. 3615-24, nov. 2010.
- (169) TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 347-62, jul/dez. 2006.
- (170) TADDEO, P.; GOMES, K.; CAPRARA, A.; GOMES, A.; OLIVEIRA, G.; MOREIRA, T. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, 2012;v. 17, n. 11, p. 2923-30, nov. 2012.
- (171) F FESTE, C.; ANDERSON, R. M. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient Educ Couns**, Princeton, v. 26, n. 1-3, p. 139-44, set. 1995.
- (172) ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set/fev. 2005.
- (173) CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. L. R. Educação em saúde na Prática do PSF. Disponível em: <http://intranet.ftc.br/upload/141196/195508_A_Educa__o_em_Sa_de_na_Pr_tica_do_PSF.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2014

- (174) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família- Volume 1: **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília-DF. 2014.
- (175) GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **DSD**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 30-7, out. 2014.
- (176) J JUNIOR, H.; PINTO, H. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: Ainda uma utopia? **DSD**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, out. 2014.
- (177) MENDES, E. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **DSD**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, out. 2014.
- (178) ESCOREI, S.; GIOVANELLA, L.; MAGALHAES DE MENDONCA, M. H.; DE CASTRO MAIA, S. M. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, D.C, v. 21, n. 2-3, p. 164-76, fev. 2007.
- (179) VÉRAS, M. M. S.; QUINDERÉI, P. H. D.; FERREIRA, L. P.; ARAGÃO, J. M. G. A. A.; COELHO M. A. A. A. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. **Saude soc**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 165-71, jan/abr. 2007.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº _____

TÍTULO DO 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.”

Investigadora: Bárbara Paula de Barros Carvalho Pinto

Orientadora: Prof.^a Christina Danielli Coelho de Moraes Faria-PhD - Tel.: (31) 3409-7448

Você está sendo convidado a participar de um estudo 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*”. O nosso objetivo é determinar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas que sofreram AVC (derrame) e são usuários do SUS, e também, determinar o acompanhamento e cuidados oferecidos pela UBS a você e a outros usuários, tendo como base as UBS: Leopoldo Crisóstomo, Venda Nova, Primeiro de maio e Cafezal. Acreditamos que conhecendo melhor o seu perfil, poderemos avaliar melhor o potencial de reabilitação, identificar fatores que estão associados com um melhor desempenho funcional, de forma a propor intervenções mais coerentes e adequadas para atender as suas necessidades individuais. Caso você participe desta pesquisa, será necessário responder alguns questionários e serão realizados alguns testes.

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS

Avaliação Inicial

Uma entrevista inicial será administrada para coleta dos seus dados pessoais.

Medidas Clínicas

Você será avaliado por um fisioterapeuta treinado, que realizará alguns testes comumente já utilizados na clínica e em pesquisas, que são simples e confiáveis nas suas medidas. Estes testes serão realizados com objetivo de coletar informações sobre Estrutura e Função do seu corpo, a sua Atividade e Participação Social, assim como características do ambiente em que você vive.

Riscos

Os riscos associados com os testes são mínimos, e podem incluir pequena dor muscular e fadiga. Esses riscos serão minimizados pela utilização de um período de descanso entre as medidas.

Benefícios

Você e futuros pacientes poderão se beneficiar com os resultados desse estudo. A medida que caracterizar melhor o seu perfil, determinar melhor as suas necessidades e determinar variáveis relacionadas com um melhor desempenho funcional e melhor qualidade de vida, estratégias mais apropriadas de acompanhamento e tratamento poderão ser introduzidas nas UBS.

Privacidade

Para garantir que as informações deste estudo sejam confidenciais, você receberá um número de identificação, que será utilizado em todos os seus testes e seu nome nunca será revelado. Se as informações originadas deste estudo for publicada em revista ou evento científico, você não será reconhecido individualmente, pois será representado pelo número

Natureza voluntária do estudo/ Liberdade para se retirar

A participação neste estudo é inteiramente voluntária, e você é livre para concordar ou não com a participação. Caso desejado, você poderá abandonar o estudo a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo pessoal.

Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar, por favor, preencha e assine a Declaração abaixo.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados e recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com: Prof.^a Christina Danielli Coelho de Moraes Faria-PhD- Tel.: (31) 3409-7448

Comitê de Ética em Pesquisa, UFMG: (31) 3409-4592

Bárbara Paula de Barros Carvalho Pinto: (0XX31) 8835-3891

Prof.^a Dra. Prof.^a Christina Danielli Coelho de Moraes Faria (0XX31) 3409-7448

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Acompanhante

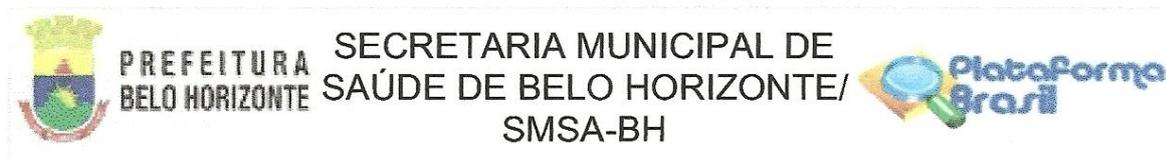
Data

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data

Comitê de Ética em Pesquisa / UFMG: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 205. CEP: 31270-901 – BH – MGTelefax: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Aprovação pelo CEP/SMSA/BH



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

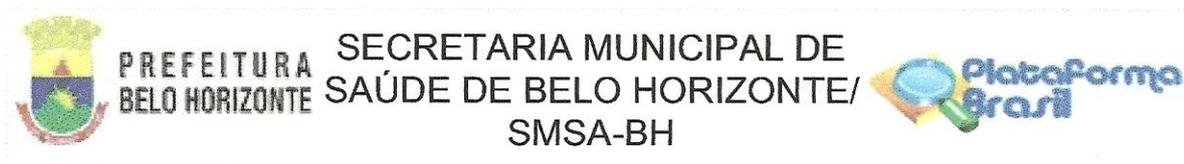
CEP: 30.130-007

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



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



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

ANEXO C - Aprovação pelo COEP/UFMG

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

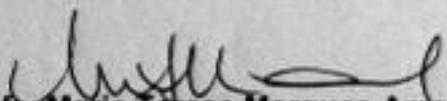
Projeto: CAAE -14038313.4.0000.5149

**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.


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

ANEXO D – Carta de Anuência da UBS Leopoldo Crisóstomo de Castro

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaro conhecer 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**", de responsabilidade da professora e pesquisadora do Departamento de Fisioterapia /UFMG, Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, que é tutora do PET-SAÚDE/UFMG desenvolvido no Cento de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Belo Horizonte/MG. O referido projeto de pesquisa será desenvolvido por Bárbara Paula de Barros Carvalho Pinto, aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação - nível mestrado / UFMG, sob orientação da referida professora, nas quatro unidades básicas de saúde (UBS) em que os grupos PET-SAÚDE/UFMG da linha temática "Promoção da Saúde, prevenção de agravos e controle das doenças crônicas não transmissíveis" desenvolvem as suas atividades: UBS Cafezal, UBS Leopoldo Crisóstomo, UBS Primeiro de Maio e UBS Venda Nova.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Estou ciente sobre o referido projeto de pesquisa, aprovo e autorizo a sua realização, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.


Elzira Maria Costa Resende - BM: 71.695-3
Gerente CS Dr. Leopoldo Crisóstomo de Castro
UBS Cafezal

Elzira Costa

Gerente da Unidade Básica de Saúde Leopoldo Crisóstomo

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Belo Horizonte, 31 de janeiro de 2013