

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E DIFERENTES LIMITAÇÕES: UMA ANÁLISE INTERDISCIPLINAR

Michelle Hillig Schmidt¹
Clarissa Maciel Selau²
Priscila da Silva Soares³
Emanuele Farenca Franchi⁴
Viviane Dutra Piber⁵
Louise Bertoldo Quatrin⁶

SCHMIDT, M. H.; SELAU, C. M.; SOARES, P. da S.; FRANCHI, E. F.; PIBER, V. D.; QUATRIN, L. B. Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 2, p. 139-144, maio/ago. 2019.

RESUMO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC), é uma das principais causas de internações e mortalidade no Brasil, dimensionando a sua magnitude como problema de saúde pública. A maior parte dos sobreviventes do AVC permanecem com alguma seqüela, seja ela de ordem física, comunicacionais, funcionais, sensitivas, mentais ou emocionais. O presente artigo tem como objetivo, analisar dados dos sistemas de informações online do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, para avaliar o perfil dos portadores de AVC e qual o seu grau de limitação. Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado nos sistemas de informações online públicos brasileiros (IBGE/DATASUS), como base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada no ano de 2013. Verificou-se que o AVC ocorre igualmente em ambos os sexos, em prevalência de 39,8% dos casos na faixa etária de adultos jovens (30 a 59 anos), 69,8% das pessoas afetadas possuem baixo grau de escolaridade, e há proporção elevada na cor branca (48,2%) e parda (41,1%). O acesso ao processo de reabilitação demonstra-se deficiente, apenas 0,27% das pessoas realizaram fisioterapia para o AVC e 0,12% realizaram algum tipo de tratamento para reabilitação, prejudicando o quadro funcional do usuário. Salienta-se que os dados corroboram com estudos realizados, porém contrapõem no quesito de raça. Devido à alta taxa de pessoas com seqüelas de AVC, evidencia-se a importância do processo de reabilitação. Portanto, a prevenção e o tratamento deste agravo em saúde estão relacionados a fatores condicionantes modificáveis, à mudança no perfil epidemiológico no país e ao acesso à serviços de reabilitação, sendo necessária a atuação interdisciplinar de profissionais capacitados e articulados com a rede de atenção pública.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Cerebral. Interdisciplinar. Reabilitação.

STROKE AND DIFFERENT LIMITATIONS: AN INTERDISCIPLINARY ANALYSIS

ABSTRACT: A Cerebrovascular Accident (CVA) - or stroke - is one of the main causes of hospital admissions and mortality in Brazil, reaching a scale of a public health issue. The majority of CVA survivors have some sort of after effect, being them of physical, communicational, functional, sensitive, mental or emotional nature. This article has the purpose of analyzing data from the online information systems for the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the IT Department of the Brazilian Health System (SUS) to assess the profile of CVA patients and their levels of limitation. This is a cross-sectional observational study carried out in the Brazilian public online information systems (IBGE/DATASUS), based in the National Health Survey (PNS) carried out in 2013. It has been found that stroke affects both genders, 39.8% of the cases in the age group of 30 to 59 years, 69.8% of the affected people have low educational level, and there is a high proportion in Caucasian (48.2%), and *parda* (41.1%) populations. Access to the rehabilitation process is deficient, with only 0.27% of people undergoing physical therapy for stroke, and 0.12% performed some type of rehabilitation treatment, impairing the user's functional status. It should be noted that the data corroborate with other studies, however, they present contract on the race item. Due to the high rate of people with stroke sequels, the importance of the rehabilitation process is evident. Therefore, the prevention and treatment of this health issue are related to modifiable conditioning factors, the change in the epidemiological profile in the country and the access to rehabilitation services, requiring the interdisciplinary work of trained and articulated professionals with the network of public health care.

KEYWORD: Health. Rehabilitation. interdisciplinarity.

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil vem mudando o seu perfil epidemiológico, as doenças crônicas não transmissíveis, em destaque as doenças do aparelho circulatório, são as principais causas de morte. Entre as mais importantes está o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que é uma das principais

causas de internações e mortalidade, dimensionando a sua magnitude como problema de saúde pública e retratando a alta prevalência dessas doenças na população (DAMATA *et al.*, 2016).

O AVC refere-se, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com

DOI: 10.25110/arqsaude.v23i2.2019.6404

¹Enfermeira. Residência em Reabilitação Física - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Rio Grande do Sul. Endereço: Rua das Videiras, número 522, Bairro Juscelino Kubitschek, cep 97035730. E-mail: michelle.hlg@hotmail.com.

²Nutricionista. Residência em Reabilitação Física - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Rio Grande do Sul. Endereço: Rua Tuiuti, número 528, ap 301, Bairro Nossa Senhora de Fátima, cep 97015660. E-mail: clarissa.selau@hotmail.com

³Psicóloga. Residência em Reabilitação Física - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Rio Grande do Sul. Endereço: Rua Victorino da Cás, número 600, casa 62c, Bairro Cerrito, cep 97060461. E-mail: priscila_ssoares@hotmail.com

⁴Fisioterapeuta. Residência em Reabilitação Física - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Rio Grande do Sul. Endereço: Rua Pedro Santini, número 3497, casa 112C, Bairro Cerrito, cep 97060480. E-mail: emanuele.franchi@hotmail.com

⁵Terapeuta Ocupacional. Residência em Reabilitação Física - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Rio Grande do Sul. Endereço: Rua Pedro Santini, número 3497, casa 185C, Bairro Cerrito, cep 97060480. E-mail: pibervivi@gmail.com

⁶Docente do curso de Fisioterapia. Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Endereço: Rua São Francisco, número 337, apto 306, Bairro Rosário, cep 97010450. E-mail: louise.quatrin@yahoo.com.br

um complexo conjunto de sintomas que duram pelo menos 24 horas e resultam da origem vascular (BRASIL, 2013). Pode ocorrer em qualquer área encefálica, afetando um ou mais vasos sanguíneos por um processo patológico, de maneira que eles são obstruídos ou rompidos, gerando isquemia de forma transitória ou permanente (85% dos casos), que é quando há a interrupção da circulação do sangue devido à obstrução de uma ou mais artérias, ou de forma hemorrágica (15% dos casos) que é quando há o rompimento de uma artéria ou de um vaso sanguíneo, ocasionando sangramento para o interior da cavidade cerebral (TEJEDOR *et al.*, 2001). A confirmação diagnóstica do AVC é feita por meio de neuroimagem, sendo o principal exame utilizado a tomografia computadorizada de crânio. O atendimento em emergência qualificado e de forma efetiva, nos casos agudos de AVC, é fundamental para a sobrevivência e o melhor prognóstico ao paciente, tendo por consequência sequelas menores e melhor funcionalidade dos usuários (BRASIL, 2013).

Há diversos fatores de risco potenciais, modificáveis e não modificáveis que contribuem para a ocorrência do AVC, conhecer estes fatores favorece a prevenção e reduz custos de hospitalização e reabilitação. O maior enfoque deve ser a atenção básica, devido o conhecimento da sua população adstrita, favorecendo o apoio a mudança de estilo de vida e acompanhando os usuários predispostos a desenvolver esta condição. Os riscos potenciais incluem sedentarismo, obesidade, uso de contraceptivo oral, terapia de reposição hormonal pós-menopausa, alcoolismo. Os fatores não modificáveis abrangem a idade avançada, história familiar de ocorrência de AVC, baixo peso ao nascer, sexo masculino, população negra. Os aspectos modificáveis incluem hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes mellitus, dislipidemia, doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

A maior parte dos sobreviventes do AVC permanecem com alguma seqüela, seja ela de ordem física, comunicacionais, funcionais, sensitivas, mentais ou emocionais. Para minimizar esses danos decorrentes do AVC é necessário que essa população tenha acesso aos serviços de reabilitação, com tratamento de forma integral, contemplando as reais necessidades desses usuários, observado suas capacidades e potencialidades. A atenção primária em saúde tem papel fundamental como referência a este usuário, fornecendo os encaminhamentos necessários para promover a reabilitação eficiente e no menor tempo possível (RIBEIRO *et al.*, 2012). A reabilitação precoce favorece a prevenção de complicações imediatas após o AVC, como trombose venosa profunda, pneumonia por aspiração e contraturas, os quais podem interferir e aumentar na perda de funcionalidade (SILVA, 2010).

Portanto, a OMS define Reabilitação como:

O uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto da condição incapacitante e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração.

Ou seja, é um conjunto de medidas que auxilia pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da

Pessoa com Acidente Vascular Cerebral divulgada no Brasil, recomenda-se que a reabilitação da pessoa vitimada por um AVC aconteça de forma precoce, conforme cada tipo de limitação e recuperação singular. O tratamento médico imediato associado à reabilitação adequada pode minimizar as incapacidades, evitar sequelas e proporcionar ao indivíduo o retorno o mais breve possível às suas atividades e participação na comunidade (BRASIL, 2013).

A legislação mais recente no país, a Lei nº 13146 de 2015, garante que toda a pessoa com deficiência tem direito ao processo de habilitação, reabilitação e saúde (artigos 14 a 26) por meio de uma avaliação multidisciplinar de profissionais capacitados, oferta de rede de serviços em saúde adequada e de preferência a domicílio e disponibilização de tecnologias assistivas. Promovendo a acessibilidade, educação em saúde e a proteção contra a violência, bem como demonstrando a necessidade de políticas públicas direcionadas para estes indivíduos (BRASIL, 2015).

Neste contexto se ressalta a importância de identificar variáveis relacionadas ao AVC como sexo, idade, nível educacional e vinculação aos programas de reabilitação. Essas variáveis são de possível acesso através de sistemas de informações que possibilitam dados suficientes para pesquisas e planejamento adequado das ações e estruturação da assistência em saúde (LOTUFO, 2001). Sendo assim, o presente artigo tem como objetivo utilizar destes dados para avaliar o perfil dos portadores de AVC e qual o seu grau de limitação, bem como, realizar uma breve discussão sobre a contribuição da equipe interdisciplinar na recuperação destes indivíduos.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional transversal, que busca investigar fenômenos ou fatos sem realizar intervenções no desfecho da pesquisa, por meio do recorte temporal determinado (HULLEY *et al.*, 2003).

A busca dos dados foi realizada nos sistemas de informações on line do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) vinculado ao Ministério da Saúde. Utilizou-se como base a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 por estes órgãos, este que é um levantamento epidemiológico de base comunitária realizado nas regiões do Brasil, tendo como objetivo refletir sobre as condições de saúde da população brasileira com enfoque em três perspectivas: estilo de vida, percepção do estado de saúde e doenças crônicas. A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética, no qual a participação de adultos na pesquisa era voluntária e a informação foi mantida de forma confidencial. Conforme as variáveis selecionadas para este estudo, o questionário incluiu perguntas sobre o diagnóstico autodeclarado de acidente vascular cerebral, presença e o grau de deficiência e em que medida ela interfere em suas atividades diárias (IBGE, 2013; DATASUS, 2013).

Foi realizada estatística descritiva das variáveis deste estudo e os aspectos éticos foram preservados conforme Lei 9610/1988 de direitos autorais de bibliografia e na preservação dos dados originais (BRASIL, 1988).

Resultados e Discussão

Conforme os dados da pesquisa, no Brasil no ano

2013 existiam 2.231 milhões de pessoas com mais de 18 anos que referiram diagnóstico médico de AVC, aproximadamente 12% da população descrita no censo demográfico de 2010 do país. Desta população, 90,5% residem em locais urbanos e 9,5% na zona rural. O perfil das pessoas demonstrado na

Tabela 1 indicou que a proporção de casos entre o sexo feminino (50,0%) e o sexo masculino (49,9%) são idênticas, porém demonstra prevalência entre a faixa etária dos 30 a 59 anos (48,2%) e na cor branca (39,8%) (IBGE, 2013).

Tabela 1: Características de pessoas com mais de 18 anos que referem diagnóstico médico de AVC com porcentagem por mil pessoas (n=2231)

Variáveis	Nordeste	Norte	Centro-oeste	Sudeste	Sul	Brasil
Sexo						
Masculino	325 (14,5%)	61 (2,7%)	67 (3,0%)	513 (22,9%)	151 (6,7%)	1117 (50,0%)
Feminino	322 (14,4%)	108 (4,8%)	91 (4,0%)	412 (18,4%)	182 (8,1%)	1115 (49,9%)
Idade						
18 a 29 anos	8 (0,3%)	3 (0,1%)	3 (0,1%)	26 (1,1%)	3 (0,1%)	42 (1,8%)
30 a 59 anos	321 (14,3%)	83 (3,7%)	69 (3,9%)	273 (12,2%)	143 (6,4%)	890 (39,8%)
60 a 64 anos	86 (3,8%)	24 (1,0%)	13 (0,5%)	85 (3,8%)	35 (1,5%)	242 (10,8%)
65 a 74 anos	123 (5,5%)	20 (0,8%)	34 (1,5%)	319 (14,2%)	75 (3,3%)	571 (25,5%)
75 anos ou >	110 (4,9%)	38 (1,7%)	39 (1,7%)	221 (9,9%)	78 (3,4%)	487 (21,8%)
Cor da pele						
Branca	205 (9,1%)	33 (1,4%)	69 (3,0%)	497 (22,2%)	272 (12,1%)	1076 (48,2%)
Preta	63 (2,8%)	26 (1,1%)	9 (0,4%)	93 (4,1%)	15 (0,6%)	206 (9,2%)
Parda	371 (16,6%)	106 (4,7%)	80 (3,5%)	315 (14,1%)	45 (2,0%)	917 (41,1%)

Fonte: IBGE, 2013.

As regiões demonstram dados divergentes relacionados entre elas mesmas e com os valores relacionados ao Brasil. O Nordeste, Norte, Centro-oeste e Sul possuem dados similares de prevalências de AVC no sexo feminino e na faixa etária de 30 a 59 anos; relacionada à cor os três primeiros indicam maior frequência de casos em indivíduos de cor parda e no Sul em indivíduos de cor branca. Em contraponto, a região Sudeste apresenta dados de prevalência no sexo masculino, na faixa etária de 65 a 74 anos, cor de pele branca (TABELA 1) (IBGE, 2013). Esses dados podem refletir a diversidade étnica e cultural das regiões que difere do Norte para Sul do país, assim como o índice populacional concentrado em centros urbanos como o Sudeste.

A partir da análise dos dados para a variável referente ao sexo, no Brasil não se verificou diferença significativa entre feminino e masculino, com exceção das regiões Centro-Oeste e Norte, que possuem leves controvérsias. Esses dados vão ao encontro ao que indica Damata *et al.* (2016), que há uma dificuldade em afirmar qual dos dois sexos apresenta maior prevalência dentro do perfil nacional de indivíduos acometidos por AVC. Estudo realizado no Rio Grande do Sul em uma região composta por 36 municípios, corrobora para esta afirmação, onde dos 125 casos de internações por AVC, 63 (50,4%) eram do sexo feminino e 62 (49,6%) do sexo masculino, estes casos possuem prevalência de 78,4% de AVC isquêmico e ocorrem de forma similar no verão (31,2%) e no inverno (28%) (SÁ; GRAVE; PÉRICO, 2014).

É possível observar nesta pesquisa, maior prevalência de AVC entre a faixa etária dos 30 a 59 anos (39,8%), o que representa um forte impacto econômico calculado por anos produtivos de vida perdidos, nos desembolsos de hos-

pitalização e de uso de serviços de saúde. Entre as regiões, o Nordeste foi o estado que mais apresentou acometidos por AVC nesta faixa etária, dado este que vai de acordo com o demonstrado no estudo de Falcão *et al.* (2004) que explorou o Sistema de Informação de um Hospital do Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro no período de um ano, nesse estudo observou-se que no total de internações, as doenças do aparelho circulatório ocupam o segundo lugar destas internações, tendo maior prevalência com aproximadamente 37% dos casos na faixa etária de 20 a 59 anos, o que resulta em maiores ou mais graves repercussões devido a fase de intensa atividade sócio produtiva.

Segundo a PNS, a prevalência dos casos de AVC associada à raça é em pessoas com cor de pele branca. Em contraponto, estudo revela que a mortalidade cerebrovascular no Brasil é maior entre pardos e negros devido a maior taxa de hipertensão e condição econômica, sendo esta proporção de diferença étnica mais significativa em homens do que em mulheres (LOTUFO; BENSENOR, 2013).

Relacionado ao nível de instrução das pessoas com diagnóstico de AVC, 1.559 (69,8%) não possuem instrução ou possuem Ensino Fundamental incompleto, 186 (8,3%) possuem Ensino Fundamental completo ou médio incompleto, 378 (16,9%) possuem Ensino Médio completo e Superior incompleto e 108 (4,8%) possuem superior completo, conforme os dados pesquisados (IBGE, 2013).

Como podemos observar, a maior parte das pessoas com diagnóstico de AVC não possuem Ensino Fundamental completo. Pinheiro e Vianna (2012) encontraram em seu estudo relação entre as variáveis socioeconômicas e a mortalidade por AVC, em que a mortalidade é maior quanto pior a escolaridade, pior a renda e maior a taxa de pobreza. Oliveira

et al. (2015) verificaram que entre os pacientes com diagnóstico de AVC a escolaridade foi a variável sócio demográfica que mais apresentou diferença significativa, apresentando maior frequência de AVC em pacientes alfabetizados (92,5%), porém com baixo nível de escolaridade, entretanto este estudo não avaliou o grau de escolaridade categoricamente. Outro estudo revela que o baixo nível de educação foi o fator de risco mais relevante para a dependência funcional, tendo progressivamente maior risco de deficiência, devido dificuldades durante os atendimentos relacionado, especialmente, ao acesso à reabilitação, adesão ao tratamento e à falta de conhecimento sobre sua saúde cardiovascular (FERNANDES *et al.*, 2012).

É possível observar que dentre as pessoas com mais de 18 anos e com diagnóstico de AVC referiram graus de limitações nas atividades habituais da vida diária, aproximadamente 1,5% dos casos no Brasil. Destes 42% das pessoas negam limitações; 20% possuem pouca limitação; 13% referem moderada limitação; 16% relatam intensa limitação e 9% possuem limitação muito intensa (DATASUS,2013). Relacionado, especificamente, ao grau intenso ou muito intenso de limitações, 568 pessoas referem esta condição (25,4% dos indivíduos com AVC), com maior proporção na faixa etária entre 30 a 59 anos, seguida de 18 a 29 anos ou 65 a 74 anos conforme a região (Figura 1) (IBGE,2013).

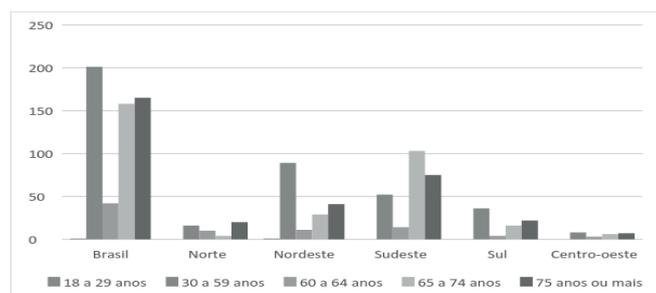


Figura 1: Faixa etária de indivíduos com mais de 18 anos que referem diagnóstico médico de AVC e possuem grau intenso ou muito intenso de limitações por mil pessoas.

Fonte: IBGE, 2013.

A dificuldade predomina no sexo masculino (329 = 57,9%), na cor branca (277 = 48,7%) e em grau de ensino baixo, sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (466 = 82,0%) (Figura 2) (IBGE,2013).

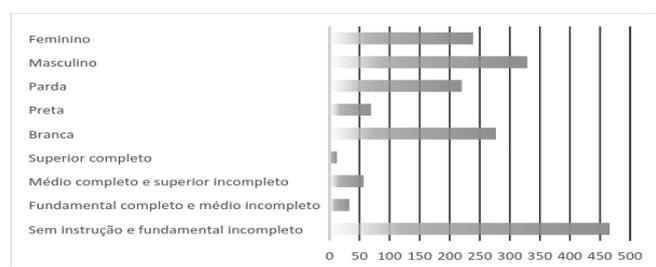


Figura 2: Características de indivíduos com mais de 18 anos que referem diagnóstico médico de AVC e possuem grau intenso ou muito intenso de limitações por mil pessoas.

Fonte: IBGE, 2013.

Segundo um estudo de revisão sistemática com 16 artigos de diversos países como Brasil, Itália, Suécia e EUA revelou heterogeneidade entre as limitações provenientes do

AVC. Estima-se que no mundo, entre 25% a 74% dos 50 milhões de sobreviventes de AVC têm alguma dificuldade física, cognitiva ou emocional e que necessitam de algum grau de assistência para realizar atividades da vida diária. A taxa de sobrevida é reflexo da conjuntura da diminuição da mortalidade por AVC e o aumento do envelhecimento. A deficiência afetou 24% a 49% nos dois primeiros anos após AVC, entre 26% e 47% de três a cinco anos e 46% após 10 anos do acidente em um estudo (CARMO *et al.*, 2015). Estudo revela que o período de tratamento desta população é em torno de 6 a 12 meses, porém acredita-se que aproximadamente 40% destes, necessitam de atendimento a longo prazo, devido incapacidades moderadas a grave (RIBEIROA *et al.*, 2012).

Devido às altas taxas de deficiências após o AVC e de sua cronicidade, a qualidade de vida destes usuários muda de forma intensa devido ao impacto das sequelas na vida cotidiana. Segundo Filippin *et al.* (2013), em seu estudo realizado no Rio Grande do Sul, revela que os domínios de papéis familiares e sociais, trabalho e produtividade, energia e mobilidade são os mais afetados na vida destes indivíduos, entretanto os menos afetados são a visão, memória e linguagem. Observa-se também o papel da família neste contexto, pois normalmente há uma mudança na estrutura familiar em que um de seus componentes se tornará cuidador deste usuário acometido por AVC, ocasionando com frequência a sobrecarga do cuidador.

No sul do Brasil, a porcentagem de sequelas decorrentes do acidente é de 76%, destacando-se os casos de hemiplegia esquerda (38,4%) e direita (26,4%), quadriplegia (3,2%), ataxia (3,2%), paralisia facial direita (3,2%), além de alterações como perda de visão e afasias (SÁ; GRAVE; PÉRICO, 2014). No nordeste do Brasil, a proporção de indivíduos com sequelas de AVC é similar entre o gênero masculino e feminino, com taxas de 51,7% e 48,2% respectivamente, apresentando idade média de 67,2 anos. Em relação à Fisioterapia, cerca de 46,2% das pessoas com sequelas possuem este acompanhamento, porém 12,5% realizam em serviços municipais e 33,9% em serviços particulares (GROCHOVSKI; CAMPOS; LIMA, 2015).

Nos dados da PNS, apenas 0,27% realizaram fisioterapia para o AVC e 0,12% realizaram algum outro tipo de tratamento para reabilitação (IBGE, 2013).

Nos Estados Unidos apenas um terço dos indivíduos que tiveram AVC realizaram a reabilitação em serviços de saúde pós-hospitalização. Cerca de 30% dos sobreviventes de AVC, após 4 anos, relatam restrições persistentes na aquisição de autonomia e no cumprimento de papéis sociais. Neste país, a reabilitação é heterogênea, variando conforme o cuidado utilizado, duração, intensidade, tipo de intervenção e grau de envolvimento. Os pacientes são encaminhados para a reabilitação em Centros de Saúde (32%), reabilitação mediante de internação (22%) e cuidados em casa (15%). A coordenação de uma equipe multidisciplinar (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros), o indivíduo e família são importantes para promover a máxima eficácia e eficiência do tratamento (WINSTEIN *et al.*, 2016).

No Brasil, devido à porcentagem baixa de atendimentos aos indivíduos com AVC, torna-se necessário o atendimento em reabilitação. Este que é um processo clínico-terapêutico, que visa a fornecer ao paciente que sofreu AVC

a readquirir capacidades físicas, cognitivas e emocionais e também aprender novas formas de realizar determinadas tarefas.

Existe um forte consenso entre os especialistas que o elemento mais importante em qualquer programa de reabilitação é a prática, bem orientada e contínua. Para alguns pacientes, a reabilitação constituirá um processo constante de aquisição, manutenção e aperfeiçoamento de capacidades e poderá envolver a participação de diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e assistente social) atuando de forma interdisciplinar, com intervenção na comunidade durante meses ou anos após o Acidente Vascular Cerebral (SILVA, 2010).

O processo de reabilitação envolve alguns parâmetros fundamentais, tais como: prevenção, reconhecimento e gestão das complicações e comorbidades; terapia visando à independência; facilitar ao máximo a capacidade do indivíduo e da família de lidar com a situação e se adaptarem; prevenção do déficit secundário por meio da promoção da reintegração social, incluindo o acompanhamento do regresso à casa, da família e atividades de lazer e vocacionais; reforço da qualidade de vida; prevenção de um segundo AVC ou outros eventos vasculares, como o enfarte agudo do miocárdio, que ocorrem mais frequentemente nesta população (SILVA, 2010).

Os serviços de reabilitação durante a internação são eficazes na melhoria da sobrevivência em curto prazo, capacidade funcional e maior independência; no entanto, verificou-se uma falta de benefícios a longo prazo. Sugere-se que a terapia seja continuada em casa ou outros locais, ao invés de ser interrompida no momento da alta (SILVA, 2010). Nos momentos atuais uma grande preocupação dos profissionais de saúde, pesquisadores, docentes, governantes e da população é como encontrar uma maneira de oferecer uma atenção à saúde adequada. E quando nos referimos mais especificamente ao atendimento a pessoas com deficiência esta preocupação se faz mais evidente, uma vez que segundo Perez (2012) é grande a parcela da população mundial apresenta algum tipo de deficiência.

Neste sentido a interdisciplinaridade deverá ser desenvolvida a partir da verdadeira cooperação entre os saberes, e isso só será possível se as pessoas que detêm diferentes conhecimentos trabalharem integradas. Para que a saúde possa ser apreendida em toda a sua dimensão, são necessários saberes capazes de articular dinamicamente as dimensões biopsicossocial dos indivíduos. Isso requer que o trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de práticas integradas e vejam o homem no seu contexto (CALLONI, 2006).

Conclusões

O AVC constitui-se uma das principais causas de mortalidade pertencentes as doenças do aparelho circulatório, entretanto os indivíduos que sobrevivem a esta condição, sofrem com o aparecimento de sequelas que limitam de diversas formas as suas atividades cotidianas. No Brasil, este acidente ocorre em ambos os sexos, na faixa etária de adultos jovens ou envelhecimento, pouca escolaridade e na cor branca e parda. Sendo assim, torna-se um assunto de relevância em saúde pública devido fatores condicionantes modificáveis e pela mudança no perfil epidemiológico no país.

A limitação da pesquisa demonstrou-se através da consolidação dos dados através do IBGE e do DATASUS, pois como a Pesquisa Nacional de Saúde é realizada mediante de inquérito por questionário, podem ocorrer diferentes respostas dos entrevistados, ocultando dados, não sabendo responder ou com dificuldade de compreensão da pergunta.

Portanto, sugere-se a produção de pesquisas nesta área, especificamente no processo de reabilitação por meio de uma equipe interdisciplinar com profissionais capacitados, visando à implementação de fluxogramas, relatórios técnicos e manuais nacionais de atuação, para assim oferecer ao indivíduo acometido por AVC, de qualquer região do Brasil, um atendimento de qualidade, promovendo acesso igualitário aos serviços de saúde, bem como atuando na prevenção desta condição, especialmente, na atenção primária e por meio da educação em saúde.

Referências

BRASIL. Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1988. **Altera, Atualiza e Consolida A legislação Sobre Direitos Autorais e Dá Outras Providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9610.htm. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 15 jun. 2016.

CALLONI, H. **Os sentidos da interdisciplinaridade**. Pelotas (RS): Seivas Publicações, 2006, 78 p.

CARMO, J. F. do. *et al.* Disability after stroke: a systematic review. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 28, n. 2, p.407-418, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502015000200407. Acesso em: 16 jun. 2016.

DAMATA, S. R. *et al.* Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 107-117, 2016. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/751>. Acesso em: 16 jun. 2016.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - DATASUS. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2013. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0207>. Acesso em: 10 jun. 2016.

DIEZ, T.; BUTTO, D.; SABÍN, Á.; MUÑOZ; ABIUSI. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares.

- Revista Neurol**, v. 33, n. 5, p. 455-64, 2001. Disponível em: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/clasificacion_ave.pdf. Acesso em: 17 jun. 2016.
- FALCÃO, I. V. *et al.* Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v. 4, n. 1, p. 95-102, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19985.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.
- FERNANDES, T. G. *et al.* Educational levels and the functional dependence of ischemic stroke survivors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p.1581-1590, ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000800016&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 20 ago. 2016.
- FILIPPIN, N. T. *et al.* Relação da qualidade de vida com fatores clínicos, sociodemográficos e familiares de sujeitos pós-acidente vascular encefálico. **Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 14, n. 2, p.106-111, mar/abr. 2013. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/377/667>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2013. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pns/Volume1.asp>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- GROCHOVSKI, C. S.; CAMPOS, R.; LIMA, M. C. de A. M. Ações de Controle dos Agravos à Saúde em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 4, p. 269-276, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/fisio/Downloads/20311-61077-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- HULLEY, Stephen B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- LOTUFO, P. A. A Medicina Baseada nos Brasileiros. **Arq. Brasileiro de Cardiologia**, v. 76, n. 5, p. 419-20, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2001000500009. Acesso em: 15 jun. 2016.
- LOTUFO, P. A.; BENSENOR, I. J. M. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, n. 46, p.1201-1204, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01201.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.
- OLIVEIRA, D. C. *et al.* Grau de conhecimento dos pacientes com acidente vascular cerebral sobre a patologia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 14, n. 2, p. 206-210, 2015. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/13583/10840>. Acesso em: 18 jun. 2016.
- PEREZ, V. S. Pessoa com deficiência = pessoa incapaz? Um estudo acerca do estereótipo e do papel da pessoa com deficiência nas organizações. **Cadernos Ebape.br**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p.883-893, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v10n4/a07v10n4.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- PINHEIRO, H. A.; VIANNA, L. G. Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Cerebrovasculares no Distrito Federal entre 1995 e 2005. **Rev Neurocienc**, v. 20, n. 4, p. 488-493, 2012. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/original%2020%2004/483%20original.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- RIBEIROA, K. S. Q. S. *et al.* Acesso à reabilitação no pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 699-712, 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=670702&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- SÁ, B. P. de; GRAVE, M. Tq.; PÉRICO, E. Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.381-387, out. 2014. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Original/967original.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.
- SILVA, E. de J. A. da. **Reabilitação após o AVC**. 37 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2010. Disponível em: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao aps o AVC.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf). Acesso em: 17 jun. 2016.
- WINSTEIN, Carolee J. *et al* (Org.). **Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association**. Dallas: American Heart Association, 2016. 73 p. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2016/05/04/STR.0000000000000098.full.pdf+html>. Acesso em: 18 jun. 2016.

Recebido em: 01/11/2017
Aceito em: 06/02/2019