

ASSOCIAÇÃO VITORIENSE DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA
FACULDADE ESCRITOR OSMAN DA COSTA LINS - FACOL
BACHARELADO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

NATÁLIA FERREIRA DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO ATENDIDOS NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE
REABILITAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE (CURES) NA CIDADE VITÓRIA DE
SANTO ANTÃO-PE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE

2017

NATÁLIA FERREIRA DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO ATENDIDOS NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE
REABILITAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE (CURES) NA CIDADE DE VITÓRIA
DE SANTO ANTÃO-PE**

Artigo científico apresentado à Coordenação de Fisioterapia da Faculdade Escrivor Osman da Costa Lins - FACOL, como critério para obtenção do Título de Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Waleska Maria Almeida Barros

Coorientadora: Prof^ª. Ms. Viviane de Oliveira Nogueira Souza

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE

2017

NATÁLIA FERREIRA DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO ATENDIDOS NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE
REABILITAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE (CURES) NA CIDADE DE VITÓRIA
DE SANTO ANTÃO-PE**

Aprovado em: 19 de Dezembro de 2017

Orientadora: Prof^a. Ms. Waleska Maria Almeida Barros

Coorientadora: Prof^a. Ms. Viviane de Oliveira Nogueira Souza

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Waleska Maria Almeida Barros

Faculdade Escritor Osman da Costa Lins - FACOL

Prof^a Patrícia Cristina de Vêras Souza Maia

Faculdade Escritor Osman da Costa Lins - FACOL

Prof. Dr. David Filipe de Santana

Faculdade Escritor Osman da Costa Lins - FACOL

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE

2017

*Dedico meu TCC primeiramente a **Deus** que sempre foi meu alicerce maior, a minha **MÃE** por ter realizado meu sonho de ser fisioterapeuta e aos meus professores, colaboradores e colegas que foram de grande importância.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me dado forças para jamais desistir e chegar até aqui.

Aos meus **pais** por terem me apoiado nessa fase.

Ao meu **esposo** que sempre me apoiou.

As minhas **amigas** que me ajudaram quando precisei.

A minha orientadora **Waleska Barros** e a minha coorientadora **Viviane Nogueira**, sem vocês nada disso seria possível. Obrigada pela paciência e dedicação de vocês.

Ser fisioterapeuta é ter o dom de cuidar das pessoas, amar o próximo e ver em cada
olhar de tristeza, uma esperança.

Rosi Ervati

RESUMO

Introdução: A Instituição Clínica Universitária de Reabilitação, Educação e Saúde (CURES) está localizada em uma região da cidade da Vitória de Santo Antão - PE com realidade e necessidades comprovadamente carentes. Dentre as patologias atendidas na referida Instituição, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das mais atendidas pelo setor de fisioterapia em Neurologia. O AVE é definido por uma má distribuição de fluxo sanguíneo no cérebro, podendo ser classificado em isquêmico, hemorrágico e ataque isquêmico transitório. Dependendo da extensão da lesão e áreas encefálicas envolvidas, poderá ocasionar alterações na fala, cognição e padrão motor. **Objetivo:** Analisar a prevalência de pacientes com AVE que foram atendidos na CURES, traçar um perfil sociodemográfico, uso de medicações para controle da pressão arterial, utilização de órteses, cadeiras de rodas e dispositivos para auxílio à marcha. **Materiais e Métodos:** A pesquisa foi efetuada na CURES; a coleta de dados dos prontuários foi realizada no período compreendido entre os meses de julho a outubro de 2017. Para tanto, foi executada uma revisão criteriosa dos prontuários dos pacientes atendidos no Setor de Neurologia Adulto da CURES, selecionando aqueles que tivessem o diagnóstico clínico e ou por exames de imagem do AVE. **Resultados:** Após o término do estudo, pode-se observar que do total de 100% (cem por cento) pacientes atendidos no Setor de Neurologia Adulto da CURES, 46%(quarenta e seis por cento) apresentaram o diagnóstico de AVE; a idade média desses pacientes variou de 32 a 88 anos; desses, 56%(cinquenta e seis por cento) são do sexo masculino e 44%(quarenta e quatro por cento) do sexo feminino; já quanto à marcha, verificou-se que 76%(setenta e seis por cento) desses pacientes conseguem deambular e 24% (vinte e quatro por cento) não apresentam tal forma de locomoção; em relação ao uso de medicações para controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS), nos pacientes do sexo masculino 8%(oito por cento) fazem uso de atenolol[®], 48% (quarenta e oito por cento) de losartana[®], 9% (nove por cento) de clonazepam[®], 13% (treze por cento) de enalapril[®] e 22% (vinte e dois por cento) não especificaram a medicação que fazem uso; já nos pacientes de sexo feminino, 6% (seis por cento) faz uso de atenolol[®], 39% (trinta e nove por cento) de losartana[®], 11%(onze por cento) enalapril[®] e 44% (quarenta e quatro por cento) não especificaram a medicação. **Conclusão:** os dados epidemiológicos apresentaram importância para traçar um perfil populacional da cidade no que se refere à incidência do AVE em uma sub população de pacientes com sequelas de lesão neurológica; além do mais, esses dados são inexistentes na cidade. Os resultados também deverão proporcionar a averiguação de possíveis estratégias para a prevenção do surgimento do AVE ou melhora do quadro motor dos referidos pacientes, já que o AVE demonstrou um alto índice dentre as patologias de neurologia adulto da referida Instituição.

Palavras-chave: injúria cerebral, isquemia cerebral, fármaco, fisioterapia, reabilitação, incidência.

ABSTRACT

Introduction: The University Clinical Institution of Rehabilitation, Education and Health (CURES) is located in a region of the city of Vitória de Santo Antão - PE with proven reality and needs. Among the pathologies attended at the referred institution, the Stroke is one of the most attended by the physiotherapy sector in Neurology. The AVE is defined by a poor distribution of blood flow in the brain, and can be classified as ischemic, hemorrhagic and transient ischemic attack, depending on the extent of the lesion and encephalic areas involved, it may cause changes in speech, cognition and motor pattern.

Objective: To analyze the prevalence of stroke patients who were treated at CURES, to draw a sociodemographic profile, use of medications to control blood pressure, use of orthoses, wheelchairs and gaiters

Materials and Methods: The research was carried out at CURES; the data collection of the medical records was carried out in the period from July to October 2017. For this purpose, a careful review of the medical records of the patients attended in the Adult Neurology Sector of CURES was carried out, selecting those who had the clinical diagnosis and or by imaging the AVE.

Results: After completing the study, it can be observed that of the total of 100% (one hundred percent) patients attended in the Adult Neurology Sector of CURES, 46% (forty six percent) presented the diagnosis of stroke; the mean age of these patients ranged from 32 to 88 years; of these, 56% (fifty-six percent) are male and 44% (forty-four percent) are female; as far as walking, 76% (seventy-six percent) of these patients are able to walk and 24% (twenty-four percent) do not have this form of locomotion; (8%) use atenolol®, 48% (forty eight percent) of losartan, 9% (in patients with hypertension) nine percent) of clonazepam, 13% (thirteen percent) of enalapril and 22% (twenty-two percent) did not specify the medication they are taking; in women, 6% (six percent) used atenolol®, 39% (thirty-nine percent) of losartan, 11% (eleven percent) enalapril® and 44% (forty-four percent) did not specify the medication.

Conclusion: epidemiological data were important to draw a population profile of the city with regard to the incidence of stroke in a sub population of patients with sequelae of neurological damage; moreover, these data are non-existent in the city. The results should also provide an investigation of possible strategies for preventing the onset of stroke or improving the motor status of these patients, since the AVE demonstrated a high index among the pathologies of adult neurology of said institution.

Keywords: brain injury, cerebral ischemia, drug, physiotherapy, rehabilitation, incidence

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
3. RESULTADOS.....	12
4. DISCUSSÃO.....	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
6. AGRADECIMENTOS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXO A - NORMAS DA REVISTA.....	23
ANEXO B- CARTA DE ANUÊNCIA.....	26

-Artigo Científico-

Perfil Epidemiológico de Pacientes com Acidente Vascular Encefálico Atendidos na Clínica Universitária de Reabilitação, Educação e Saúde (CURES) na Cidade de Vitória de Santo Antão - PE

Natália Ferreira da Silva^{1*}, Viviane Oliveira Nogueira de Souza¹, Waleska Maria Almeida Barros¹

¹ Faculdade Escritor Osman da Costa Lins - FACOL, Vitória de Santo Antão/PE

*** Autor correspondente:**

Natália Ferreira da Silva

Rua: D, nº 25, Vitória de Santo Antão, Bairro: Lídia Queiroz

(nataliafsilva09@gmail.com)

RESUMO

Introdução: O AVE é definido por uma má distribuição de sangue no cérebro podendo se caracterizar em isquêmico, hemorrágico ou transitório, sendo capaz de levar a déficits motores, sensoriais e cognitivos. **Objetivo:** Analisar a prevalência de pacientes com AVE atendidos na CURES e destacar os principais medicamentos utilizados para controle da HAS e meios aditivos à locomoção. **Materiais e métodos:** Dentre os pacientes atendidos no setor de neurologia adulto da CURES foram catalogados- durante o período de Julho a Outubro de 2017- aqueles com diagnóstico de AVE e dados sociodemográficos. **Resultados:** Do total de 100% pacientes, 46% apresentaram diagnóstico de AVE, com idade entre 32 a 88 anos. Desses, 56% do sexo masculino e 44% do sexo feminino; quanto à locomoção, de 46% casos de AVE, 76% conseguem deambular e 24% não. **Conclusão:** Os dados epidemiológicos apresentaram importância para traçar um perfil populacional da cidade no que se refere à incidência do AVE em uma sub população com sequelas de lesão neurológica; também deverão proporcionar possíveis estratégias para prevenção do AVE ou melhora do quadro motor, já que o AVE houve um maior índice dentre as patologias de neurologia adulto da Instituição.

Palavras-chave: Injúria cerebral, isquemia cerebral, fármacos, fisioterapia, reabilitação, incidência.

1. Introdução

Na região nordeste do Brasil - no ano de 2010 - estimou-se que a proporção da

população baixa renda é de 35,42%. Além disso, tem-se retratado que essa população apresenta difícil acesso à atenção primária à saúde (DATA SUS, 2010), culminando com o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada, dislipidemia, hiperglicemia e obesidade; as mesmas vêm sendo fatores de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, dentre essas o AVE (MOURADIAN, MAJUMDAR et al., 2002).

O AVE é definido por uma má distribuição do fluxo sanguíneo no cérebro, podendo ser classificado em isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório (AIT). Dependendo da extensão da lesão e localização anatômica no encéfalo, podem ocorrer déficits na fala, percepção do corpo no espaço, equilíbrio estático e dinâmico (ZUHAID M, SALMAN et al., 2014) além das alterações motoras e neuropsicológicas, as quais podem diminuir o seu rendimento funcional (CHEN C, LEYS D et al., 2013)

Os estudos indicam que os principais fatores de risco para o desenvolvimento do AVE em jovens adultos estão relacionados ao estilo de vida do indivíduo, tais como o tabagismo e HAS não controlada (HILL, WHITE et al., 1991; FEIGIN, LAWES et al., 2003; BENNINGER, HERRMANN et al., 2009; DE SILVA, GAMAGE et al., 2009; ONWUCHEKWA, ONWUCHEKWA et al., 2009; GRIFFITHS and STURM 2011). Sendo assim, estima-se que a incidência mundial de AVE seja em torno de 10 a 15% (SMAJLOVIC 2015); já nos Estados Unidos (EUA), cerca de 795.000 pessoas/ano apresentam AVE (MOZAFFARIAN, BENJAMIN et al., 2015). No Brasil, dados colhidos no site DATASUS, 2010 estimam que na cidade de Recife - PE de 10.000 habitantes internados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), 457 são por AVE. Já em Vitória de Santo Antão-PE, cidade localizada na zona da Mata Sul, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima-se que 137.578 pessoas habitam nessa região, não há dados acerca da incidência e ou prevalência do AVE.

Uma pesquisa comunitária realizada no ano de 2013 demonstrou que no Brasil aproximadamente 25% dos acometidos pelo AVE resultaram em sequelas motoras graves (BENSENOR, GOULART et al., 2015). Sendo assim, após o AVE pode haver complicações severas em áreas específicas do encéfalo, resultando na diminuição da movimentação ativa e ou seletividade de movimentos em um dos hemicorpos (EXTRAMIANA and MAISON-BLANCHE 2015). A fraqueza muscular, desequilíbrio ao distribuir o peso do corpo e a espasticidade são alguns dos principais fatores que limitam os acometidos por AVE durante a realização da marcha e outras atividades de vida diária (AVD'S) (BRANDSTATER, DE BRUIN et al., 1983).

Dentre as anormalidades que surgem relacionadas ao padrão de marcha pós AVE, destacam-se a fraqueza unilateral e espasticidade de isquiotibiais, o que dificulta na realização de flexão de joelho na fase de balanço; hiperextensão de joelho na fase de apoio e excesso de flexão plantar (KERRIGAN, DEMING et al., 1996; VASILEVA, LUBENOVA et al., 2015).

Portanto, dentre as prováveis sequelas sensório-motoras do AVE, a instabilidade postural tem possivelmente maior impacto na marcha, estimando-se que de 75% dos indivíduos acometidos pelo AVE, apenas 37,5% revertem o quadro e conseguem recuperar a funcionalidade da marcha típica (WADE, WOOD et al., 1987; KERRIGAN, DEMING et al. 1996; KOLLEN, KWAKKEL et al., 2006; VAN DE PORT, KWAKKEL et al., 2006).

Em virtude da fraqueza muscular do tibial anterior, a flexão plantar do pé é frequentemente observada (ANDREWS and BOHANNON 2003). O encurtamento dos músculos isquiotibiais nesses pacientes resulta em resistência na amplitude articular do joelho. Dessa forma, o equilíbrio e a funcionalidade da marcha se enquadram em um dos mais importantes fatores a serem objetivados na reabilitação (NIAM, CHEUNG et al., 1999).

Diante do exposto, objetiva-se com o presente estudo analisar a prevalência de pacientes com AVE que foram atendidos na Clínica Universitária de Reabilitação, Educação e Saúde (CURES), traçando assim um perfil epidemiológico no que se refere ao uso de medicações para o controle da pressão arterial, utilização de órteses, cadeiras de rodas e dispositivos para auxílio à marcha.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal na CURES, localizada na cidade de Vitória de Santo Antão – PE, local que reconhecidamente atende pacientes com necessidades comprovadamente carentes. A mesma começou suas atividades em 18 de abril de 2016 e iniciou os atendimentos no Setor de Neurologia Adulto como sendo referência nessa região. Dentre as patologias atendidas na referida instituição, o AVE é uma das mais atendidas pela fisioterapia em Neurologia.

Durante o período compreendido entre os meses de Julho a Outubro de 2017 foram catalogados e revisados 41 prontuários de antigos e novos pacientes do setor de neurologia adulto que possuíam como diagnóstico AVE; Durante a observação do

prontuário, foram destacados os seguintes itens: nome completo, registro de prontuário, diagnóstico, sexo, idade, uso de dispositivo de auxílio à locomoção, deambulação, uso de órteses, telefone para contato e medicações para o controle da HAS. Todos esses dados foram digitalizados em uma tabela criada no programa Microsoft Office Excel 2007 em um aparelho de Notebook da marca Evolut®.

3. RESULTADOS

Estudos mostram que maus hábitos no estilo de vida tais como o tabagismo, a obesidade e a HAS não controlada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento do AVE. Associado a esses fatores, na maioria dos casos o difícil acesso à atenção primária à saúde pioram o prognóstico da referida patologia.

No presente estudo, pode-se observar que de um total de 100% (cem por cento) dos pacientes atendidos no setor de neurologia adulto da CURES, com a seguinte distribuição por patologias: 11% (onze por cento) com paralisia facial, 1% (um por cento) com esclerose múltipla, 2% (dois por cento) com linfoma, 4% (quatro por cento) com neuropatia, 1% (um por cento) com síndrome de Guillan Barré, 6% (seis por cento) com traumatismo crânio encefálico (TCE), 3% (três por cento) com paralisia cerebral (PC), 15% (quinze por cento) com lesão medular, 7% (sete por cento) com amputações de membros inferiores (MMII), 1% (um por cento) com aneurisma, 1% (um por cento) com neurolíse, 1% (um por cento) com sequela de neurotoxoplasmose, 1% (um por cento) com metástase encefálica e 46% (quarenta e seis por cento) com AVE. O resultado demonstra que a prevalência do AVE é a maior dentre as outras patologias atendidas na CURES, perfazendo um total de 46,06% (quarenta e seis virgula seis por cento) da população atendida.

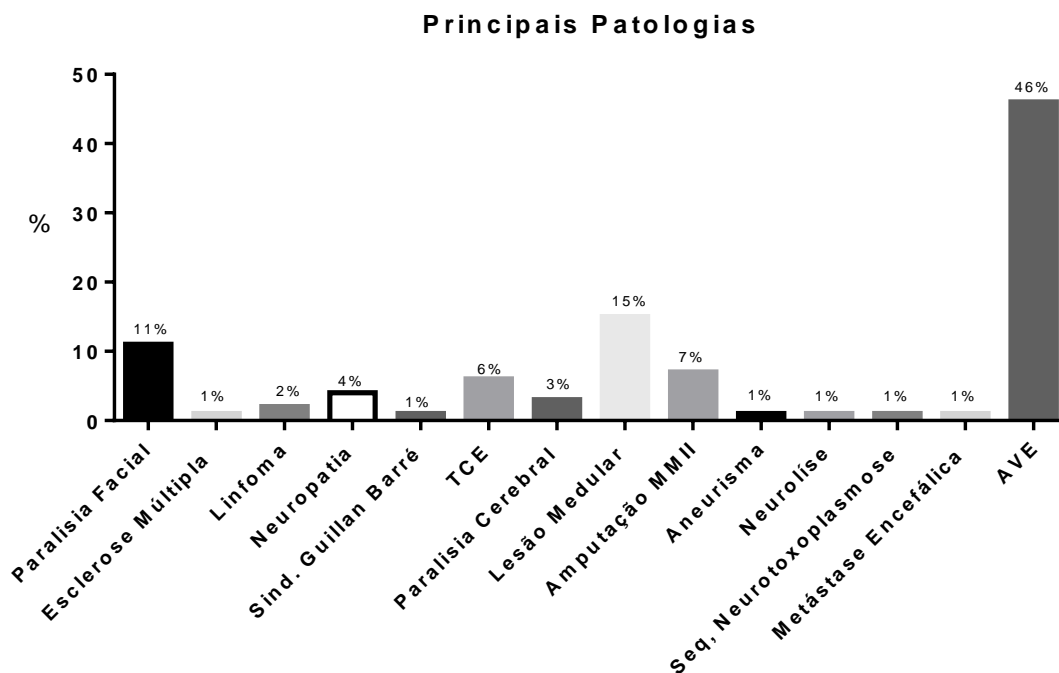


Figura I. Porcentagem da população atendida na CURES no setor neurologia adulto (n= 89), sendo 11% com paralisia facial, 1% com esclerose múltipla, 2% com linfoma, 4% com neuropatia, 1% com Síndrome de Guillan Barré, 6% com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), 3% com paralisia cerebral, 15% com lesão medular, 7% com amputações de MMII, 1% com aneurisma, 1% com neurolíse, 1% com sequela de neurotoxoplasmose, 1% com metástase encefálica e 46% com Acidente Vascular encefálico (AVE).

Dentre esses 46% de pacientes com AVE, as idades variaram entre 32 a 88 anos, sendo 56% do sexo masculino e 44% do sexo feminino (**Figura II**).

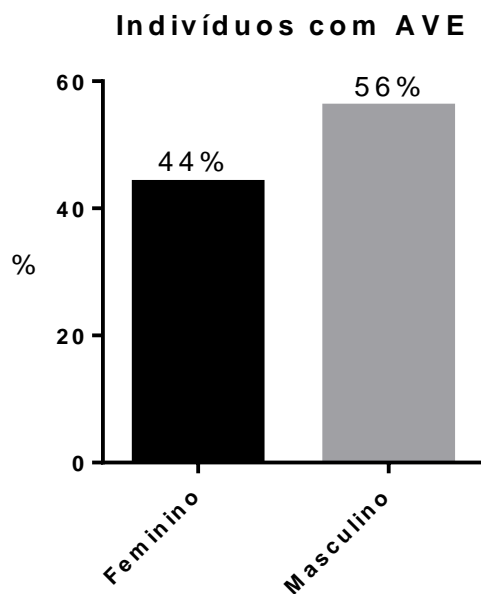


Figura II. Porcentagem de pacientes com Acidente Vascular Encefálico (n= 41) que foram atendidos na CURES. Dentre esses, 56% foram do sexo masculino e 44% feminino.

Quanto à locomoção, 76% (setenta e seis por cento) conseguem deambular e 24% (vinte e quatro por cento) não deambulam (**Figura III**).

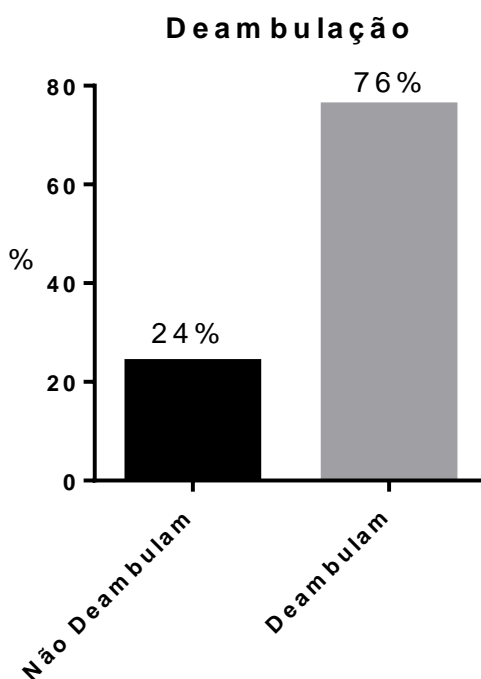


Figura III. Porcentagem de Pacientes com AVE (n= 41) atendidos na CURES que deambulam e que não realiza tal forma de locomoção.

O uso da medicação para controle da HAS, 8,79% (oito vírgula setenta e nove por cento) dos pacientes do grupo masculino fazem uso de Atenolol[®], 52,75% (cinquenta e dois vírgula setenta e cinco por cento) de Losartana[®], 14,28% (quatroze vírgula vinte oito por cento) de Enalapril[®] e 24% (vinte e quatro por cento) desses pacientes não souberam especificar **Figura IV**.

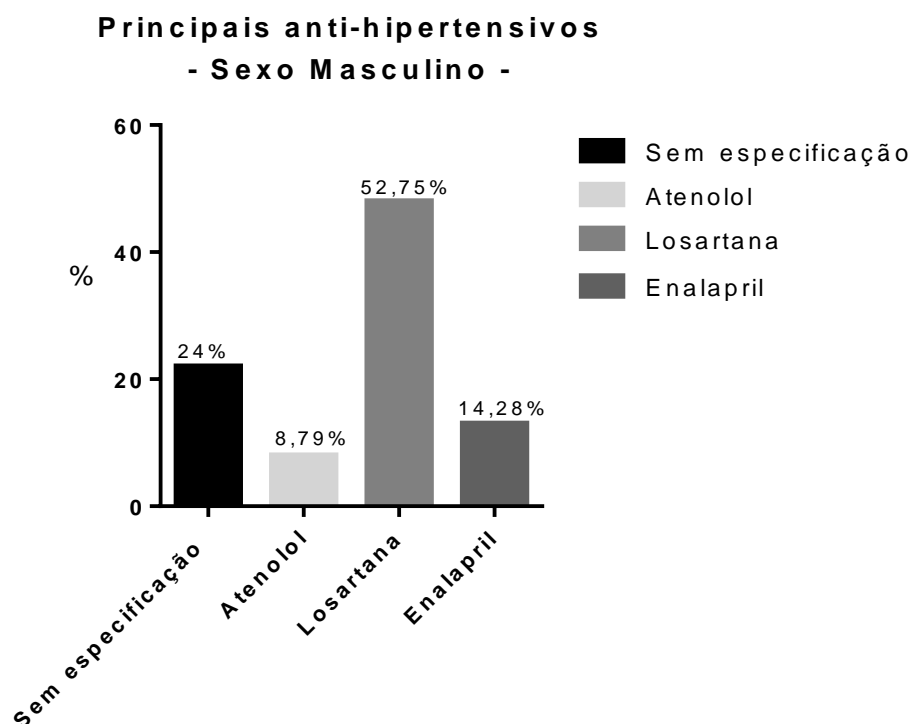


Figura IV. Porcentagem dos principais anti-hipertensivos utilizados pelos pacientes do sexo masculino (n=23) atendidos na CURES e que apresentaram AVE.

Já no grupo feminino, apenas 6% (seis por cento) fazem uso de Atenolol[®], 39% (trinta e nove por cento) de Losartana[®], 11% (onze por cento) de Enalapril[®]; e 44% (quarenta e quatro) dos pacientes não souberam especificar. (**Figura V**).

**Principais anti-hipertensivos
- Sexo Feminino -**

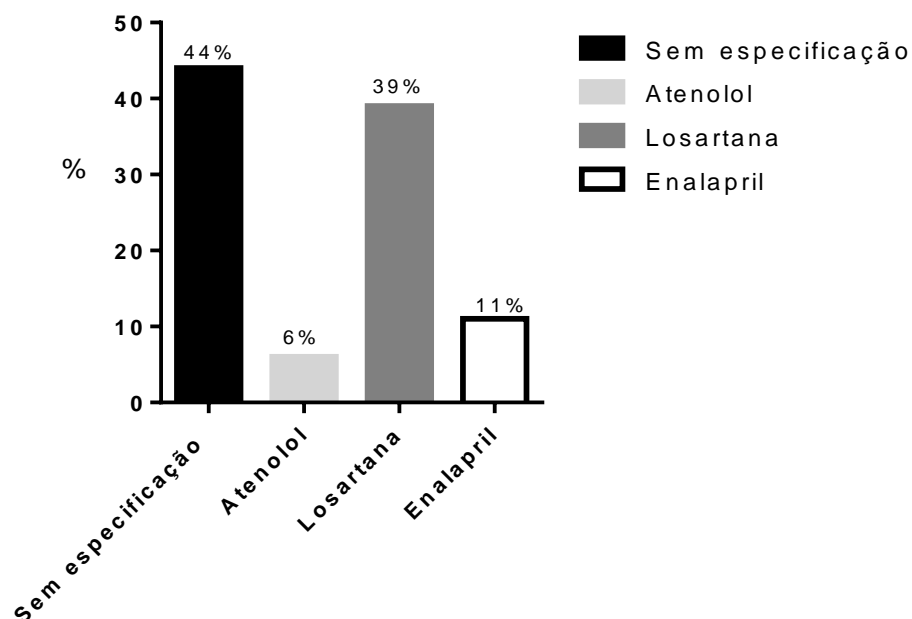


Figura V. Porcentagem dos fármacos Enalapril, Atenolol e Losartana utilizados pelos pacientes do sexo feminino (n=18) atendidos na CURES e que apresentaram AVE.

Com relação aos dados relacionados à marcha, 37% (trinta e sete por cento) dos pacientes fazem uso de dispositivos de auxílio, podendo ser muletas, órteses suropodálicas, talas extensoras para MMII e ou andador e 63% (sessenta e três por cento) dos pacientes não fazem uso desses dispositivos (**Figura VI**)

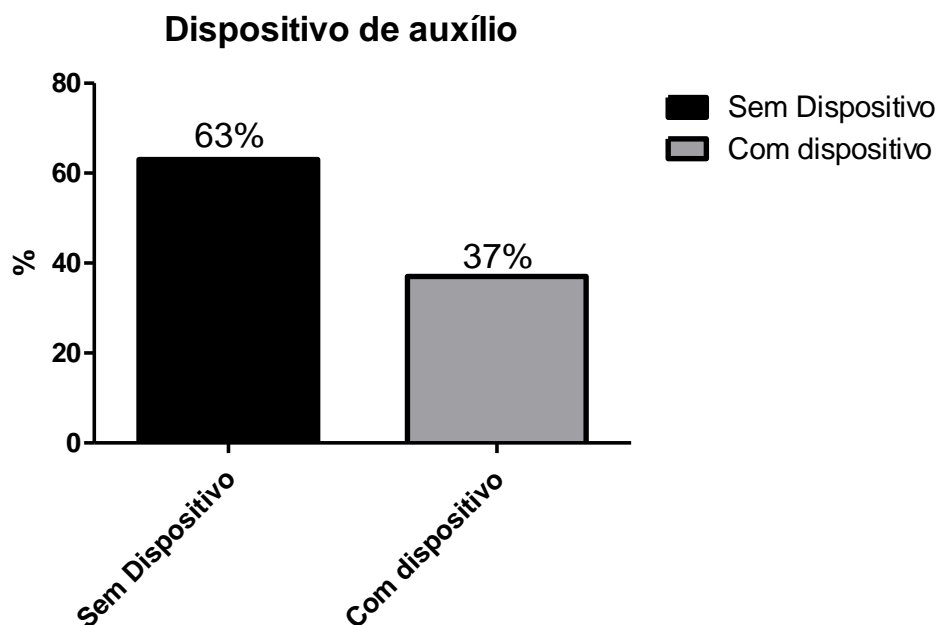


Figura VI. Porcentagem de pacientes (n=41) que deambulam com auxílio de dispositivos para a marcha sendo muletas, talas extensoras para MMII e ou andador, órteses suropodálicas, talas extensoras para MMII e ou andador.

4. DISCUSSÃO

No Brasil, especificamente na cidade de Recife – PE verificou-se que de 10.000 habitantes internados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) 457 são por AVE. Sendo assim, o presente estudo verificou a prevalência de pacientes com AVE que foram atendidos na CURES, na cidade Vitória de Santo Antão, sendo possível observar alta taxa de AVE nesta população. Estimativas da Organização mundial de saúde (OMS) de 2016 demonstram que no ano de 2025, aproximadamente 1,6 bilhões da população do sexo masculino e feminino desenvolverão HAS.

No entanto, pesquisadores verificaram em seus estudos através de uma entrevista virtual em que era questionada a frequência de atividade física, fatores demográficos e socioeconômicos, que há uma maior incidência de AVE em mulheres. Quanto à classificação desses hipertensos, quanto ao nível de escolaridade, observou-se que 38,1% dos indivíduos apresentavam até 8 anos de escolaridade, 19,3% entre 9 e 11 anos e 14,6% mais de 12 anos de escolaridade (LIMA, et al., 2017) Já no presente estudo foi possível observar uma prevalência maior em indivíduos do sexo masculino.

Entretanto, esses dados corroboram outros dados que em suas pesquisas verificaram que o índice de indivíduos com AVE foi maior na população de sexo masculino. Quanto à qualidade na realização das AVD'S, no período de 6 meses de alta, aproximadamente 30% dos pacientes conseguiram independência nas AVD'S, 53% eram parcialmente dependentes, e 17% eram totalmente dependentes. Porém, na questão volta ao trabalho, apenas 30 dos 100 indivíduos concluíram o questionário de satisfação de vida, o qual continha informações como prazer na vida em geral, diversão, coleguismo, vida sexual, prática de auto cuidado, companheiro (a), saúde física e mental. O resultado demonstrou que 8 retornaram às suas ocupações; 4 tiveram retornaram ao tempo absoluto; 1 retornou à jornada de 50% de uma carga normal; 1 fazia 75% de sua jornada de trabalho e outros dois de 10-20%. Os demais sete pretendem voltar a seus vínculos empregatícios após 12 meses de alta (LI, DU et al., 2016) esses resultados demonstram a dificuldade em retomar as AVD'S que esses pacientes apresentam, estando a mesma relacionada principalmente às sequelas motoras.

Quanto ao uso de fármacos para o controle de HAS pode-se observar na presente pesquisa um maior índice do uso do medicamento losartana[®]. Esses dados concordam com os dados obtidos por (MENGUE, BERTOLDI et al., 2016) que verificaram em seu estudo que a losartana é o segundo fármaco, com 20,1% de frequência de uso entre os cinco fármacos mais utilizados para controle da HAS.

No que se refere à locomoção, no presente estudo foi possível verificar que de 46% (quarenta e seis por cento) pacientes com AVE atendidos na CURES no setor de neurologia adulto, 76% (setenta e seis por cento) conseguiram deambular e 24% (vinte e quatro por cento) não realizam tal forma de locomoção.

Autores também demonstraram em seus estudos que a agilidade da marcha especificamente na fase de balanço aumentou consideravelmente após a prática de exercícios para melhora do equilíbrio, em que posição do centro de pressão foi registrada durante a mudança de peso anterior utilizando uma plataforma de força (Winpod; Medicapteurs SA, Toulouse, França). Esse procedimento foi repetido 5 vezes para cada bloco de exercício, 4 blocos de exercícios de equilíbrio para um total de 20 mudanças de posicionamento na descarga de peso. Entre as repetições houve 1 minuto de descanso entre as séries (KITATANI, OHATA et al., 2016)

Quanto à cadência da marcha, outros autores ressaltaram que pacientes com AVE ao participarem do programa de fisioterapia associado ao uso de kinesio- tapping, os quais eram submetidos ao treino de marcha de 6 a 10 metros, quanto à velocidade da marcha

houve um aumento de 31,3 m/min para 39,4 m/min e após o 10º dia passou para (46,1 m/min) (VASILEVA, LUBENOVA et al., 2015). Outros pesquisadores também verificaram em seus estudos que houve aumento na velocidade da marcha no solo, a qual variou de 0,58 a 1,21 m / s (confortável) e 0,74 a 1,65 m / s (rápido) através de uma abordagem envolvendo a deambulação em uma esteira de cinto SPLIT com tempo de treino de 20 minutos no período de 4 semanas (BETSCHART, J et al., 2017). Esses dados refletem a importância do exercício físico para a reabilitação do paciente com AVE no que se refere à melhora no padrão de marcha.

Uma pesquisa associou o treino de marcha e o carregar uma bandeja nas mãos. Observou-se que a cadência foi estendida, onde antes era 0,011 e o aumento do tempo de passo 0,02 passou para $4,3 \pm 6,1$ passos por minuto (LIU, YANG et al., 2017) Já outros estudiosos verificaram que após o programa de reabilitação através da fisioterapia motora de 36 sessões com duração de 30 minutos cada, em que foi utilizado o treino de marcha em esteira com suporte parcial de peso e o treino locomotor combinado à assistência manual, pode melhorar o equilíbrio e a progressão na funcionalidade da marcha, modificando de marcha domiciliar para comunitária (PLUMMER, BEHRMAN et al., 2007)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados epidemiológicos apresentaram importância para traçar um perfil populacional da cidade no que se refere à incidência do AVE em uma sub população de pacientes com sequelas de lesão neurológica, visto que esses dados são inexistentes na cidade de Vitória de Santo Antão. Os resultados também deverão proporcionar a averiguação de possíveis estratégias para a prevenção do surgimento do AVE ou melhora do quadro motor dos referidos pacientes, já que o AVE demonstrou um alto índice dentre as patologias de neurologia adulto da referida instituição, concordando com os outros estudos vistos na pesquisa. Verificou-se que o AVE é uma das patologias neurológicas mais frequentes também em virtude do difícil acesso à atenção primária e prevenção da HAS, podendo o mesmo estar associado ao baixo nível de escolaridade.

Sendo assim, o presente estudo sai dos aspectos descritivos para os epidemiológicos, podendo ser utilizado como base para outros estudos populacionais na referida região.

6. AGRADECIMENTOS

À Direção da Clínica Universitária de Reabilitação, Educação e Saúde; aos pacientes que contribuíram com os dados para a pesquisa e aos familiares dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, A. W. and R. W. BOHANNON. Short-term recovery of limb muscle strength after acute stroke. **Arch Phys Med Rehabil.** v.84 (1) p. 125-130, Jan.2003.

BENNINGER, D. H., F. R. HERRMANN, et al. Increased prevalence of hyperhomocysteinemia in cervical artery dissection causing stroke: a case-control study. **Cerebrovasc Dis.** v.27 (3) p. 241-246.2009.

BENSENOR, I. M., A. C. GOULART, et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey--2013. **Arq Neuropsiquiatr.** v.73 (9) p. 746-750, Sep.2015.

BETSCHART, M., B. J, et al. Repeated split-belt treadmill walking improved gait ability in individuals with chronic stroke: A pilot study. **Physiotherapy Theory and Practice.** (2017) p. 1-11, Sep.2017.

BRANDSTATER, M. E., H. DE BRUIN, et al. Hemiplegic gait: analysis of temporal variables. **Arch Phys Med Rehabil.** v.64 (12) p. 583-587, Dec.1983.

CHEN C, LEYS D, et al. The interaction between neuropsychological and motor deficits in patients after stroke. **Neurology.** v.80 (3) p. 27-34, jan.2013.

DATA SUS.Disponível em: <www.datasus.gov.br/ibd>. Acesso em 20 set 2017.

DE SILVA, R., R. GAMAGE, et al. Young strokes in Sri Lanka: an unsolved problem. **J Stroke Cerebrovasc Dis.** v.18 (4) p. 304-308, Jul-Aug.2009.

EXTRAMIANA, F. and P. MAISON-BLANCHE. Stroke and atrial fibrillation: where to go from here? **Stroke.** v.46 (3) p. 605-607, Mar.2015.

FEIGIN, V. L., C. M. LAWES, et al. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. **Lancet Neurol.**

v.2 (1) p. 43-53, Jan.2003.

GRIFFITHS, D. and J. STURM. Epidemiology and etiology of young stroke. **Stroke Res Treat.** v.2011 p. 209370.2011.

HILL, D. J., V. M. WHITE, et al. Australian patterns of tobacco smoking in 1989. **Med J Aust.** v.154 (12) p. 797-801, Jun 17.1991.

IBGE.Disponível em:<cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=261640&idtema=30>. Acesso em: 26 nov.2017.

KERRIGAN, D. C., L. C. DEMING, et al. Knee recurvatum in gait: a study of associated knee biomechanics. **Arch Phys Med Rehabil.** v.77 (7) p. 645-650, Jul.1996.

KITATANI, R., K. OHATA, et al. Ankle muscle coactivation during gait is decreased immediately after anterior weight shift practice in adults after stroke. **Gait & Posture.** v.45 p. 35-40, Jan.2016.

KOLLEN, B., G. KWAKKEL, et al. Functional recovery after stroke: a review of current developments in stroke rehabilitation research. **Rev Recent Clin Trials.** v.1 (1) p. 75-80, Jan.2006.

LI, C.-J.-Z., X.-X. DU, et al. Effects of professional rehabilitation training on the recovery of neurological function in young stroke patients. **Neural Regeneration Resear.** v.11 (11) p. 1766-1772, November.2016.

LIMA, D. F. D., L. A. L. , et al. Daily physical activity of Brazilian carriers of arterial hypertension: a transversal analysis. **colombia médica.** v.48 p. 82-87, apr-jun.2017.

LIU, Y.-C., Y.-R. YANG, et al. Cognitive and motor dual task gait training improve dual task gait performance after stroke - A randomized controlled pilot trial. **scientific reports.** p. 8, may.2017.

MENGUE, S. S., A. D. BERTOLDI, et al. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. **Rev Saúde Pública.** v.50 (2) p. 8, mar.2016.

MOURADIAN, M. S., S. R. MAJUMDAR, et al. How well are hypertension, hyperlipidemia, diabetes, and smoking managed after a stroke or transient ischemic attack? **Stroke.** v.33 (6) p. 1656-1659, Jun.2002.

MOZAFFARIAN, D., E. J. BENJAMIN, et al. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**. v.131 (4) p. e29-322, Jan 27.2015.

NIAM, S., W. CHEUNG, et al. Balance and physical impairments after stroke. **Arch Phys Med Rehabil**. v.80 (10) p. 1227-1233, Oct.1999.

ONWUCHEKWA, A. C., R. C. ONWUCHEKWA, et al. Stroke in young Nigerian adults. **J Vasc Nurs**. v.27 (4) p. 98-102, Dec.2009.

PLUMMER, P., A. L. BEHRMAN, et al. Effects of Stroke Severity and Training Duration on Locomotor Recovery After Stroke: A Pilot Study. **Neurorehabilitation and Neural repair**. v.21 (2) p. 137-151, nov.2007.

SMAJLOVIC, D. Strokes in young adults: epidemiology and prevention. **Vasc Health Risk Manag**. v.11 p. 157-164.2015.

VAN DE PORT, I. G., G. KWAKKEL, et al. Predicting mobility outcome one year after stroke: a prospective cohort study. **J Rehabil Med**. v.38 (4) p. 218-223, Jul.2006.

VASILEVA, D., D. LUBENOVA, et al. Influence of Kinesitherapy on Gait in Patients with Ischemic Stroke in the Chronic Period. **Open Access Maced J Med Sci**. v.3 (4) p. 619-623, Dec 15.2015.

VASILEVA, D., D. LUBENOVA, et al. Influence of Kinesitherapy on Gait in Patients with Ischemic Stroke in the Chronic Period. **ID Design**. v.3 (4) p. 619-623., dec.2015.

WADE, D. T., V. A. WOOD, et al. Walking after stroke. Measurement and recovery over the first 3 months. **Scand J Rehabil Med**. v.19 (1) p. 25-30.1987.

ZUHAID M, SALMAN, et al. Frequency of modifiable risk factors in stroke patients. **J Ayub Med Coll Abbottabad**. v.26 p. 235-238, apr-jun.2014.

ANEXOS

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA

Salutem - Revista Científica de Saúde FACOL

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

O trabalho a ser considerado para publicação deve obedecer às seguintes regras: Deve ser redigido utilizando editor de texto Microsoft Word™ (extensão de arquivo .doc), em português ou inglês, fonte Arial ou Times New Roman tamanho 12pt de cor preta, espaçamento 1,5 com margens laterais de 3 cm e margens superior e inferior com 2,5 cm.

Os manuscritos poderão ser submetidos dentro das categoriais de comunicação científica designadas abaixo:

1. Artigos Originais: trabalhos nos quais são informados os resultados obtidos em pesquisas de natureza experimental, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. O texto não deverá exceder 20 páginas;
2. Artigos de Revisão: Trabalhos com avaliações críticas e sistematizadas da literatura sobre um determinado assunto que deverá dar ao leitor uma cobertura geral acerca do tema apresentado. O texto não deverá exceder 20 páginas;
3. Artigo de atualização: trabalhos descritivos e interpretativos com base em literatura recente sobre o estado atual de determinado assunto. O texto não deverá exceder 20 páginas;
4. Relato de Caso: trabalhos com descrição detalhada e análise crítica de casos clínico-laboratoriais atípicos que, pela sua raridade na literatura ou apresentação não usual, merecem uma divulgação e discussão científica. O texto não deverá exceder 20 páginas.

Os manuscritos a serem submetidos independente da categoria de comunicação, devem apresentar como base os seguintes tópicos:

1. Título: Deve dar uma ideia precisa do conteúdo e ser o mais curto possível. Estes deverão estar escritos em caixa baixa, negritados e centralizados;
2. Nomes dos autores: Os nomes dos autores devem vir abaixo do título, também centralizados, com uma linha de espaço em relação ao título. O nome completo dos

autores deve aparecer na ordem correta de autoria, sem inversões. No caso de vários autores, seus nomes deverão ser separados por vírgulas;

3. Filiação dos autores: Após o nome de cada autor deverá constar um número Arábico sobrescrito (Exemplo: 1), que indica sua instituição de procedência e deverá aparecer logo abaixo da nominata dos autores, também centralizado e com endereços completos, inclusive o CEP da cidade. Deve-se assinalar o nome do autor para correspondência com um asterisco sobrescrito (Exemplo: *), para o qual toda correspondência deverá ser enviada;

4. Resumo/Abstract (separadamente): Todos os trabalhos deverão ter resumos em inglês (Abstract) e português. O Abstract e o Resumo devem conter as mesmas informações e sempre sumariar a introdução, o objetivo, a metodologia, os resultados/discussão e conclusões (máximo de 200 palavras);

5. Palavras – chave (logo após o final do Resumo)/Keywords (logo após o final do Abstract): Número máximo de seis e mínimo de três separados por vírgula. As palavras selecionadas não devem estar contidas no título;

6. Introdução: Breve introdução ao tema, incluindo definição dos conceitos gerais, uma pequena revisão sobre a temática na qual o trabalho está inserido, apresentação e contextualização do problema abordado. Deverá estabelecer com clareza o objetivo do trabalho (apresentá-lo no último parágrafo da introdução) e sua relação com outros trabalhos na mesma área;

7. Material e Métodos: A descrição dos materiais e dos métodos usados deverá ser breve, porém suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e a reprodução do trabalho. Processos e técnicas já publicados, a menos que tenham sido extensamente modificados, deverão ser referenciados por citação. Figuras, gráficos, tabelas e quadro podem ser inseridos;

8. Resultados e Discussão: Apresentar os resultados obtidos no respectivo trabalho e discuti-los em relação ao conhecimento previamente disponível. Figuras, gráficos, tabelas e quadro podem ser inseridos;

9. Considerações Finais: Indicar de forma corrida, sucinta e objetiva as principais conclusões obtidas no trabalho;

10. Agradecimentos: Este item é opcional e deverá vir antes das Referências Bibliográficas;

11. Referências Bibliográficas: O número recomendado é de no máximo 30 referências, exceto para estudos de revisão da literatura. No texto, será usado o sistema autor-ano para

citações bibliográficas, utilizando-se ampersand (&) no caso de 2 autores. A formatação das referências deve ser padronizada em conformidade rigorosa com as orientações da última edição da ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.

As figuras, gráficos, tabelas e quadros inseridas no manuscrito deverão também estar inseridos no texto, juntamente com suas legendas e títulos. Em caso de tabelas, figuras e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor ou editores no momento da submissão. As tabelas devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. Devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e apresentadas no final do texto. Não se recomendam tabelas pequenas que possam ser descritas no texto. Alguns resultados simples são mais bem apresentados em uma frase e não em uma tabela;

As Figuras devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos na ordem em que aparecem no texto. O título e a(s) legenda(s) devem tornar as tabelas e figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as legendas devem ser digitadas em espaço duplo, e todos os símbolos e abreviações devem ser explicados. Coloque as figuras em formato .TIFF ou .jpg com no mínimo 300 dpi de resolução. Figuras de baixa qualidade não serão publicadas.

ANEXO B

**CEPACA**Centro Especial
de Prevenção e
Atendimento ao Câncer**FACOL****CARTA DE ANUÊNCIA A PROJETO DE PESQUISA**

Título do projeto: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ATENDIDOS NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE REABILITAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE (CURES) NA CIDADE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE

Instituição parceira: Clínica de reabilitação, educação e saúde- CURES/ Centro especial de prevenção e atendimento ao Câncer-CEPACA. Rua Weigélia Cunha Galvão, s/nº- Bairro: São Vicente de Paulo- Vitória de Santo Antão- PE-Cep: 55604-110- Fone: (081) 3145-0121

CNPJ: 09.310.722/0001-17

A(s) instituição parceira(s) acima identificada(s) declara apoio à execução do projeto **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ATENDIDOS NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE REABILITAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE (CURES) NA CIDADE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE**

Na forma de concessão do espaço físico e suporte técnico.

Esta declaração e apresentação de projeto devem ser consideradas como comprometimento de que serão fornecidas as garantias necessárias à adequada execução do projeto proposto

Terezita Freitas de Barros
Coordenadora da CURES/CEPACA