

PERFIL FUNCIONAL DE USUÁRIOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE DOURADOS

“Functional Profile of Stroke Users in a Health Unit in Dourados”

Mariana Carvalho Fontenele¹
Ângela Cristina de Lima²

Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade no Brasil, impactando severamente a funcionalidade dos usuários. **Objetivo:** Avaliar o perfil funcional de usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) que sofreram AVC em Dourados-MS. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal quantitativo realizado na Unidade de Saúde Parque do Lago II. A coleta incluiu 21 participantes (18 a 80 anos), utilizando um questionário próprio e a Medida de Independência Funcional (MIF). **Resultados:** A amostra teve predomínio masculino (52,4%) e média de idade de 67,10 anos. A comorbidade mais prevalente foi a HAS (95,2%). Quanto à funcionalidade, 47,6% apresentaram independência completa, enquanto 52,4% demonstraram dependência modificada em diferentes níveis. O uso de cadeira de rodas foi relatado por 42,9% dos usuários. **Conclusões:** Os achados evidenciam um impacto significativo na autonomia dos usuários, além de adaptações que precisaram desenvolver para se manterem funcionais, destacam ainda barreiras no acesso à reabilitação, ressaltando o papel fundamental da APS e das equipes multiprofissionais na continuidade do cuidado, vigilância dos fatores de risco e planejamento de estratégias de prevenção e promoção.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Acidente Vascular Encefálico; Classificação Internacional de Funcionalidade; Estado Funcional; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Introduction: Stroke is one of the leading causes of death and disability in Brazil, severely impacting the functionality of those affected. **Objective:** To evaluate the functional profile of Primary Health Care (PHC) users who have suffered a stroke in Dourados, MS. **Materials and Methods:** A quantitative cross-sectional study conducted at the Parque do Lago II Health Unit. Data collection included 21 participants (aged 18 to 80), using a specific questionnaire and the Functional Independence Measure (FIM). **Results:** The sample was predominantly male (52.4%) with a mean age of 67.10 years. The most prevalent comorbidity was hypertension (95.2%). Regarding functionality, 47.6% showed complete independence, while 52.4% demonstrated modified dependence at different levels. Wheelchair use was reported by 42.9% of users. **Conclusions:** The findings highlight a significant impact on user autonomy, as well as the adaptations they needed to develop to remain functional. Furthermore, they point out barriers to accessing rehabilitation, emphasizing the fundamental role of PHC and

multiprofessional teams in ensuring continuity of care, monitoring risk factors, and planning prevention and health promotion strategies

Keywords: Stroke, Functional Status, International Classification of Functioning, Disability and Health, Primary Health Care, Rehabilitation.

1 Centro Universitário e Faculdade Projeção, Brasília – DF – Brasil. E-mail: marianacarvalho578@gmail.com

2 Universidade Estadual de Londrina, UEL - PR - Brasil. E-mail: acfisisio@gmail.com

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é globalmente a segunda maior causa de morte de acordo com o grupo Global Burden of Diseases (GBD)¹ com cerca de 11% das mortes totais registradas. Já no Brasil, a doença assumiu o segundo lugar apenas nos últimos anos, a partir de 2016 (DATASUS, 2019) sendo também uma das principais causas de incapacidade do indivíduo à longo prazo, o que afeta de forma significativa a funcionalidade e a qualidade de vida desses usuários. Segundo o Global Burden of Diseases (GBD), houve um aumento no DALY (Disability Adjusted Life Years - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) estando relacionados a fatores como alto IMC, glicemia elevada, o consumo de bebidas com alta concentração de açúcar, baixa atividade física e sedentarismo, hipertensão arterial (HAS) e uma dieta escassa em ômega-6 (GBD 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é causado por uma interrupção de fluxo sanguíneo para o cérebro, o que leva à uma privação do transporte de oxigênio e nutrientes, ocasionando uma morte celular e consequentemente sequelas em parte motora ou cognitiva. Pode ser dividido em dois tipos principais sendo eles: o isquêmico e o hemorrágico. O AVC Isquêmico acontece quando existe uma obstrução causada por coágulos ou por pequenos depósitos de gordura, cálcio e outros materiais acumulados nas paredes das artérias, chamados de placas ateroscleróticas, interrompendo o fluxo sanguíneo, sendo responsável pelos 85% dos casos de AVC (GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021). Há ainda uma subdivisão em AVC trombótico quando o coágulo é formado dentro de uma artéria do próprio cérebro, já no AVC embólico, o coágulo pode ter origem em qualquer outra parte do corpo e migra para o cérebro (FEIGIN et al., 2021).

O AVC Hemorrágico ocorre quando há ruptura em um vaso sanguíneo no cérebro, gerando um sangramento e em decorrência disso, uma compressão de tecido cerebral. É menos frequente que o AVC isquêmico, apresentando 15% dos casos, porém é mais letal, associado à uma taxa de morbidade mais elevada (SACCO et al., 2020).

Segundo Minelli et al. (2022), “aproximadamente 80% dos pacientes com AVC recuperam a capacidade de andar de forma independente, embora muitos possam ter dificuldades ao caminhar em suas comunidades.” Dentre os desafios, podemos citar a falta de acessibilidade e o acesso escasso à serviços de reabilitação, principalmente em zonas rurais de países com média e baixa renda. Kayola et al. (2023)³ em seu estudo, aponta um percentual de 50 a 70% de limitações crônicas apresentadas na função do braço, ocasionados por falta de

profissionais que sejam habilitados, infraestrutura e tecnologias adequadas que se tornam barreiras para a recuperação. Cacho et al. (2022) afirmam que “o retorno ao trabalho varia entre 14% e 59%” evidenciando o reflexo do que a falta de acesso ao sistema de saúde público e à reabilitação geram, destacando uma descontinuação do cuidado por abandono do usuário que enfrenta dificuldades financeiras e de logísticas.

Embora atinja com mais periodicidade indivíduos acima de 60 anos, o AVC pode acontecer em qualquer idade, até mesmo nas crianças. Infere-se, que os casos de AVC vêm aumentando cada vez mais entre os jovens e origina-se em 10% de pessoas com menos de 55 anos (Carvalho, 2019). Realizar uma avaliação da independência funcional é fundamental para o planejamento de intervenções que sejam eficazes na promoção de saúde, levando em consideração os fatores clínicos e sociodemográficos especialmente em serviços públicos, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Existe uma alta demanda por reabilitação, que não pode ser cumprida, sendo uma urgência em países em desenvolvimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2024), através do que preconizam as linhas de cuidado do AVC, devem ser considerados aspectos como deficiências motoras, visuais e dificuldades de locomoção, além de uma avaliação na deglutição, prevenindo o surgimento de quadros de pneumonia, decorrentes de uma broncoaspiração. Em casos de haver um comprometimento em parte cognitiva, é necessário a orientação e o devido suporte para o paciente, sua família e em alguns casos, seus cuidadores, além de atuar no manejo da dor, da espasticidade severa e nas complicações que envolvam trato urinário e digestivo.

Para uma melhor avaliação da capacidade funcional de pessoas pós AVC, faz-se necessário o conhecimento de instrumentos validados que possam mensurar a independência desses indivíduos, levando em consideração aspectos cognitivos, locomoção (com ou sem uso de dispositivos auxiliares na marcha), a realização de AVDs de maneira a avaliar todo o cenário de seu cotidiano e a partir disso trabalhar a autonomia para que sejam reinseridas na sociedade sem complicações. A Medida de Independência Funcional (MIF) por exemplo, é um instrumento validado criado em meados de 1980, muito utilizado para avaliar o desempenho e funcionalidade em diversos aspectos. Esse modo de classificar uma atividade através de dependente ou independente, se baseia entre a necessidade do paciente em receber auxílio ou em conseguir realizar tudo de sua rotina sem necessitar de nenhum tipo de ajuda. (RIBERTO et al., 2001)

Segundo Melgaard et al. (2014) a MIF completa possui 4 divisões de escore, sendo a pontuação total correspondente à: dependência completa = 18 pontos; dependência modificada (50% de assistência) = 19 a 60 pontos; dependência modificada (25% de assistência) = 61 a 103; independência completa = 104 a 126 pontos. De acordo com a pontuação, quantos mais pontos, menor será o grau de dependência da pessoa avaliada, com a soma das pontuações, há um escore mínimo de 18 pontos e máximo de 126 pontos, caracterizando o nível de dependência e funcionalidade.

Após a alta hospitalar, o serviço de referência para os usuários é a APS, onde se encontra maior vínculo por localização mais próxima no território, continuidade do cuidado e assistência integral, sendo importante para a participação no processo de cuidado e compartilhamento de decisões, tornando assim o usuário corresponsável por sua recuperação. Com a população possuindo o conhecimento necessário de quem são os profissionais de seu território qual sua carta de serviços, o acompanhamento contínuo do cuidado é mais assertivo. (BALASOORIYA et al., 2020). Para uma maior resolutividade nos serviços ofertados na atenção primária, além da equipe mínima formada por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem a criação da equipe multiprofissional (eMulti) vem como um facilitador, realizando visitas domiciliares para o acompanhamento do paciente, auxiliando no processo de transição de alta hospitalar para o ambiente domiciliar (MAGAGNIN et al., 2024).

A eMulti (Equipe Multidisciplinar) criada a partir da Portaria 635/2023, pode ser composta por diversos profissionais de diferentes áreas de conhecimento e categorias, que atuam de maneira complementar, como por exemplo: fisioterapeuta; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico clínico, profissional da educação física dentre outros (BRASIL, 2024). O profissional de fisioterapia atua na atenção primária seguindo os princípios e diretrizes das Políticas Públicas de Saúde, prezando sempre pela universalidade, equidade e integralidade, princípios básicos do SUS. Abrangendo ações individuais e coletivas, visando a prevenção, promoção e orientação em saúde, elaborando propostas para a educação permanente, através de oficinas voltadas para a comunidade e servidores da unidade, realiza o apoio matricial de instituições e outros equipamentos sociais localizados no território, trabalha na elaboração e aplicação de projetos terapêuticos singulares (PTS), além de exercer a coordenação do cuidado em conjunto com todas as especialidades.

O Agente de Saúde Comunitário (ACS) também possui destaque no âmbito de cuidado dos pacientes que sofreram AVC, por serem a ponte principal entre a população e o serviço de saúde, atuando diretamente na prevenção, vigilância e busca ativa desses pacientes, rastreando suas principais comorbidades, orientando e trabalhando em conjunto com todos os demais profissionais, o que pode influenciar diretamente na redução de novas institucionalizações (SILVA et al., 2020).

Esse trabalho trata-se de um estudo transversal quantitativo, utilizando como instrumentos de avaliação o questionário próprio do estudo e a Medida de Independência Funcional (MIF), realizado no território de abrangência da Unidade de Saúde Parque do Lago II, Dourados – MS com coleta de dados através de questionário, nos domicílios de usuários, incluindo homens e mulheres com idade entre 18 à 80 anos, que possuam diagnóstico clínico de AVC. O presente estudo foi escolhido após uma análise das doenças que mais atingem a população do território de abrangência, buscando entender quais as dificuldades e limitações dos usuários e qual o papel da APS nesse acompanhamento do cuidado. Saber o estado funcional, pode auxiliar no direcionamento de ações da equipe de saúde da atenção primária (APS) e desenvolver estratégias que sejam efetivas. Diante disso, delineou-se esta pesquisa com o objetivo de avaliar o perfil funcional de usuários da APS que sofreram um AVC.

Materiais e Métodos

Amostra e tipo de estudo

Este estudo foi realizado no território da Unidade Básica de Saúde Dr. Nelson Rodolfo Kozoroski, após um diagnóstico no território, onde as doenças crônicas predominam, para identificar quais as maiores queixas e dificuldades dos usuários ao sofrerem um AVC. A Pesquisa quantitativa tem como foco compreender o nível de funcionalidade dos pacientes que foram acometidos, além de entender se há assistência adequada em seus cuidados, como acompanhamento contínuo, serviços de reabilitação e etc.

Delineamento da pesquisa

Para explicar os objetivos da pesquisa, foi marcada previamente através de ligação, uma única visita em domicílio de forma que o participante ficasse confortável o em seu ambiente, após esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma voluntária, foi aplicado o questionário próprio do estudo e a Medida de Independência Funcional (MIF).

Metodologia

1 Tipo, local, contexto e período do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com natureza quantitativa, seguindo o método STROBE, realizado no território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Parque do Lago II, localizada no município de Dourados –MS. A coleta ocorreu durante o período de Julho à Setembro de 2025, no domicílio dos usuários incluídos no estudo, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, autorizando a coleta dos dados.

2 Participantes/ Amostra

Foram elegíveis para o estudo, os usuários com cadastro ativo na Unidade de Saúde da Família Parque do Lago II, com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com faixa etária entre 18 e 80 anos.

Critérios de inclusão: homens e mulheres cadastrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), com diagnóstico ativo de AVC (isquêmico, hemorrágico ou transitório), que residam no território de abrangência da unidade.

Critérios de exclusão: usuários que não foram encontrados após duas tentativas de contato consecutivas; indivíduos temporariamente fora do território durante o período da coleta, participantes com barreiras linguísticas que dificultem ou inviabilizem a entrevista.

3 Variáveis do estudo

Independentes (exposição): idade, sexo, período que sofreu o AVC, comorbidades autorreferidas (hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, histórico de tabagismo ou etilismo e obesidade), se houve realização de fisioterapia previamente e o uso de dispositivos auxiliares de locomoção (cadeira de rodas, muleta, bengala, andador e etc.).

Dependente (desfecho): nível de independência funcional, sendo mensurado através da pontuação da Medida de Independência Funcional (MIF).

4 Fonte de dados e instrumentos de medida

A coleta foi realizada através de duas fontes de dados:

Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): identificação inicial dos usuários, contendo nome, idade, endereço, telefone e diagnóstico clínico ativo, durante o período de 2023 e 2024.

Coleta domiciliar: aplicação de dois instrumentos, o questionário próprio do estudo, abrangendo os dados sociodemográficos, clínicos e o acesso que os usuários possuem ao serviço de saúde. O segundo instrumento foi a Medida de Independência Funcional (MIF), uma escala validada, que é composta por 18 itens, divididos em 6 domínios (higiene pessoal, controle de esfíncter, mobilidade, locomoção, comunicação e conhecimento social), ela varia de 18 a 126 pontos, onde os maiores valores indicam uma maior independência.

5 Redução de vieses

Para reduzir as chances de vieses de informação, os dois instrumentos foram aplicados presencialmente por apenas uma pessoa (pesquisadora responsável) em um único encontro em domicílio. As informações do PEC foram conferidas junto aos Agentes Comunitários de Saúde, para corrigir inconsistências no cadastro. Porém existe ainda o viés de memória, visto que algumas respostas dependem do relato do participante e das informações que o mesmo recorda.

6 Organização e análise dos dados

Os dados coletados através de questionário próprio, foram armazenados em uma planilha eletrônica do Excel para comparativo de informações e posteriormente, analisados de forma descritiva por meio de porcentagens.

Aspectos Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa foi conduzida com rigor ético, conforme os princípios estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como pela resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta o funcionamento dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CESH/UEMS).

O projeto foi submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, e somente após parecer consubstanciado favorável foi iniciada a coleta de dados, sob parecer de número 7.680.194.

Todos os participantes ou responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foi assegurado o anonimato, confidencialidade dos dados e o direito à desistência em qualquer momento do estudo, sem gerar nenhum prejuízo de atendimento.

Resultados

A amostra foi composta por 21 participantes elegíveis nos critérios de inclusão, o perfil desses pacientes mostrou predomínio no gênero masculino com 11 homens (52,4%) e 10 mulheres (47,6%) com uma média de idade de 67,10 com desvio padrão de 13,41 (50 a 80 anos) confirmando o perfil dos pacientes acometidos pelo AVC, de adultos e idosos que possuem fatores de risco cardiovasculares envolvidos.

Quanto ao tempo em que ocorreu o AVC, há uma grande variação com média de 48%, desvio padrão de 62.03%, sendo o tempo máximo de 192 meses (16 anos) e o mínimo de 3 meses, refletindo em indivíduos desde uma fase subaguda até um estado crônico, levando a diferentes níveis de funcionalidade e de adaptações após o acometimento. Observou-se ainda participantes que relatam terem sofrido mais de um AVC, sendo o segundo o que ocasionou em maior comprometimento motor. Referente aos tipos de AVC, observou-se que 8 participantes (38,1%) relataram AVC isquêmico, 2 (9,5%) hemorrágico, 1 (4,8%) transitório e 10 (47,6%) não souberam especificar. Corroborando com os dados epidemiológicos mundiais que apontam o AVC isquêmico como o mais frequente, sendo 85% dos casos. Os participantes que não souberam especificar, possuem enquanto fragilidade a baixa escolaridade, implicando no entendimento ineficaz das informações e da não conservação dos registros que descrevam o caso. Dentre as comorbidades crônicas relatadas pelos pacientes

(Tabela 1) há um índice alto de HAS e Diabetes associadas, sendo acompanhadas por hábitos de vida como tabagismo e etilismo que prejudicam a saúde dos envolvidos.

Apenas 1 indivíduo (4,8%) relatou ter realizado tratamento trombolítico para reversão do quadro, número extremamente baixo quando considerando o total da amostra. Esse dado sugere ainda limitações no reconhecimento precoce dos sinais de AVC pela população, dificuldade de acesso em tempo hábil à serviços de urgência para atendimento, reforçando a importância de fluxos assistenciais melhores instituídos em todos os níveis de atenção à saúde.

O uso de dispositivos auxiliares para locomoção teve alta prevalência, dentre os participantes (Tabela 2), o que reflete diretamente no nível de comprometimento funcional e motor que essas pessoas sofreram após o acometimento. O uso de cadeira de rodas sendo o número mais alto, indica a presença de sequelas motoras graves e limitantes para a mobilidade. Quando questionados sobre a realização de fisioterapia (Tabela 3), dentre os participantes que realizaram, 10 (66,7%) fez por menos de 6 meses, tendo como limitação questões financeiras que não permitiram a continuidade, 5 (33,3%) fez por mais de 6 meses. Dentre os motivos listados para os que não realizaram fisioterapia, 4 (66,7%) não conseguiu pelo SUS e 2 (33,3%) não desejou fazer.

Através de avaliação da MIF (Tabela 4), 10 participantes (47,6%) obtiveram pontuação de 104 à 126, demonstrando independência completa, 7 participantes (33,3%) obtiveram pontuação de 61 a 103, caracterizado como dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas) e 4 (19%) obtiveram entre 19 à 60, classificado como dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas). Dentro da análise, obteve-se a média de $92,48 \pm 28,54$

Discussão

Quando questionados sobre a especificação do tipo de AVC, 47,6% da amostra não soube responder ou não se lembra o que gerou um viés de memória durante a coleta, a falta de informação impediu uma aprofundada e a correlação entre o tipo e o nível de acometimento da funcionalidade do participante, onde muitos relataram que seus documentos de exames e resultados, não foram armazenados de maneira correta, sendo descartados.

A amostra do estudo revela uma média de idade de 67,10 anos, onde o gênero masculino é predominante, confirmando sua prevalência entre pessoas adultas e idosos que estão propícios a desenvolver fatores de risco cardiovascular, relacionados ainda à um número alto de comorbidades crônicas associadas, como HAS e diabetes, as mais prevalentes, seguidas pelo etilismo e tabagismo, além de peso elevado. Esses dados vêm de encontro com o importante papel da APS no cuidado desses usuários, seja através de prevenção dos fatores de risco, orientação e manejo, além da reabilitação, buscando diminuir a sua incidência no território, com estratégias voltadas para a população, garantindo continuidade do cuidado.

Após sofrer um AVC, os indivíduos apresentam déficits motores que afetam diretamente sua funcionalidade e independência na realização de suas AVDs como se alimentar, vestir-se, realizar transferências, locomover-se, alcançar objetos, realizar sua higiene pessoal como banho, escovar os dentes, dentre outras tarefas que fazem parte de seu cotidiano. Esses déficits incluem comprometimentos em parte motora, como a diminuição ou perda de força muscular, presença de espasticidade, déficit de equilíbrio e em sua coordenação motora fina e grossa dependendo do nível de acometimento (RISSETTI et al., 2020). Existem variações da

severidade desses comprometimentos, gerando até mesmo desalinhamentos posturais, que afetam significativamente a maneira como essa pessoa mantém sua independência para se locomover, nos cuidados básicos de higiene pessoal e a maneira como se mostra funcional em sua rotina diária, o que afeta a qualidade de vida desse paciente.

Conclusão

Os resultados do estudo permitiram analisar e compreender o perfil de funcionalidade dos usuários do território da UBS Parque do Lago II, havendo maior presença do gênero masculino, com muitos fatores de risco cardiovasculares associados. A avaliação realizada através da MIF e questionário do estudo apresentam em seus resultados uma compensação, pois ainda que 47,6% seja classificado como independência completa, a maior parte 52,4% convive com certo grau de dependência modificada, demonstrada pelo alto número de participantes que precisam utilizar dispositivos auxiliares, sendo a cadeira de rodas predominante em 42,9 da amostra, todos queixam-se de alguma dificuldade, como limitação de mobilidade, dificuldade na locomoção, fraqueza muscular, ou seja, esses participantes desenvolveram modificações e compensações em seu cotidiano de forma a facilitar suas AVDs e funcionalidade, devido muitos anos após sofrer o AVC, sem acesso à tratamento em tempo hábil para melhorar sua independência de maneira a não gerar alterações tão consideráveis.

As limitações identificadas no estudo referentes ao acesso durante tratamento agudo e reabilitação contínua, reforçam a importância da atuação da APS no planejamento de ações de prevenção e promoção envolvendo todos os profissionais, além do matriciamento e apoio no cuidado pela eMulti, para que assim se promova um melhor tratamento, autonomia do usuário e previna eventos vasculares futuros, garantido um cuidado integral para a população, não apenas nesse território de abrangência, mas para todo o município.

Diante do cenário do estudo, nota-se a necessidade de pensar em estratégias para melhora do fluxo de encaminhamento para a especialidade, de maneira a garantir acesso facilitado e a continuidade do cuidado, seja através de transporte para o tratamento, liberação de mais vagas através da regulação visando diminuição da fila de espera, melhora dos atendimentos domiciliares, plano terapêutico estabelecido com metas para melhora da funcionalidade. Existe ainda a necessidade de elaboração de políticas públicas do município, visando a oferta de mais contratações de profissionais envolvidos na reabilitação do usuário, pois o baixo número, impacta diretamente na quantidade de pessoas atendidas pela especialidade, na duração do acompanhamento, gerando uma longa espera por tratamento eficaz, além disso é muito importante que todos os níveis de atenção se comuniquem e trabalhem coordenadamente de modo a não deixar o paciente sem assistência.

Referências Bibliográficas

GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, v. 20, n. 10, p. 795-820, 2021.

MINELLI, C. et al. Brazilian Academy of Neurology practice guidelines for stroke rehabilitation: part I. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 80, n. 6, p. 634-652, 2022.

KAYOLA, G. et al. Stroke rehabilitation in low-and middle-income countries: challenges and opportunities. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, v. 102, n. 2S, p. S24-S32, 2023.

CACHO, R. D. O. et al. Acesso à reabilitação após o AVC no Brasil (estudo AReA): protocolo de estudo multicêntrico. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 80, p. 1067-1074, 2023.

CARVALHO, V. P et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular cerebral. *Saúde e Desenvolvimento*, [s.l.], v. 13, n. 15, p. 50-61, 2019.

FEIGIN, V. L. et al. Global burden of stroke and risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, v. 20, n. 10, p. 795-820, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0). Acesso em: 06 set. 2024.

SACCO, R. L. et al. Update on the management of patients with intracerebral hemorrhage: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, v. 51, n. 12, p. e641-e664, 2020.

RISSETTI, J. et al. Independência funcional e comprometimento motor em indivíduos pós-AVE da comunidade. *Acta Fisiátrica*, v. 27, n. 1, p. 27-33, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Acidente Vascular Cerebral (AVC). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/avc>. Acesso em: 06 set. 2024.

MAGAGNIN, A.B et al. Atenção Primária à Saúde na transição do cuidado de pessoas com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, p. e20230468, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Composição das Ações Interprofissionais da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portal Gov.br. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti/composicao>. Acesso em: 15 out. 2024.

SILVA, T. L. et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>. Acesso em: 20 out. 2024

SAMPAIO, T. B. Metodologia da pesquisa. 2022.

NÚMEROS DO AVC. Disponível em: <https://avc.org.br/numeros-do-avc/>. Acesso em: 06 set. 2024.

Tabelas

Tabela 1 - Prevalência de comorbidades

| Comorbidade | n | % |
|--------------------------------------|----|-------|
| Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) | 20 | 95.2% |
| Tabagismo | 5 | 23.8% |
| Diabetes mellitus (DM) | 5 | 23.8% |
| Etilismo | 4 | 19.0% |
| Cardiopatía | 3 | 14.3% |
| Colesterol elevado | 2 | 9.5% |
| Obesidade | 1 | 4.8% |

Tabela 2 - Uso de dispositivos auxiliares de locomoção

| Dispositivo de Locomoção | n | % |
|----------------------------|----|-------|
| Cadeira de rodas | 9 | 42.9% |
| Bengala | 5 | 23.8% |
| Muleta | 1 | 4.8% |
| Não utilizam | 6 | 28.5% |
| Total que utilizam auxílio | 15 | 71.5% |

Tabela 3 - Acesso e limitação de tratamento fisioterapêutico

| Realização de Fisioterapia | n | % |
|----------------------------|----|-------|
| Sim | 15 | 71.4% |
| Não | 6 | 28.6% |

Fonte: Autoria própria.

Tabela 4 – Caracterização do perfil funcional dos participantes após utilização da MIF

| Classificação | Pontuação | n | % |
|---|-----------|----|--------|
| Dependência completa | 18 | 0 | 0.0% |
| Dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas) | 19 a 60 | 4 | 19.0% |
| Dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas) | 61 a 103 | 7 | 33.3% |
| Independência completa ou modificada | 104 a 126 | 10 | 47.6% |
| Total | 18 a 126 | 21 | 100.0% |

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A - Declaração de Uso de Inteligência Artificial (IA)

Durante a elaboração deste trabalho, foi utilizada a ferramenta GEMINI para organização do resumo, revisão gramatical do texto, auxílio na organização das referências, formatação do artigo de acordo com a revista e tradução de trechos para língua estrangeira. Os autores revisaram criticamente todo o conteúdo gerado, assumindo total responsabilidade pela precisão, originalidade e integridade científica do texto final.

Mariana Carvalho Fontenele

Apêndice B – QUESTIONÁRIO DO ESTUDO

| | |
|------------------|----------------------------|
| Nome: | Data de Nascimento: |
| Idade: | Gênero: |
| Endereço: | Telefone: |

1. Há quanto tempo teve o AVC?

2. Qual o tipo? () Hemorrágico () Isquêmico () Transitório

3. Realizou algum tratamento para reverter o AVC? (trombólise) () Sim () Não

4. Utiliza algum dispositivo auxiliar para locomoção?

() Bengala () Andador

() Cadeira de rodas () Muleta

() Cadeira motorizada () Nenhum

5. Possui alguma outra doença?

() Pressão alta () Diabetes () Doenças cardíacas

() Colesterol alto () Obesidade () Tabagismo

() Alcoolismo () Nenhuma

5. Já realizou ou realiza fisioterapia atualmente? () Sim () Não

6. Por quanto tempo fez?

() Menos de 6 meses () Mais de 6 meses () 1 ano () 2 anos () 3 anos ou mais

7. Se não realizou, por qual motivo?

() Não desejou fazer.

() Não conseguiu atendimento pelo SUS.

() Motivos financeiros.

8. Atualmente, qual sua maior queixa ou dificuldade?

() Locomoção () Limitação de movimentos () Déficit de equilíbrio

() Fraqueza muscular () Realização das atividades do cotidiano () Nenhuma

Anexo A - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

| | | | |
|---|---|----------------------------|--|
| N I V E I S | Independente 7 – Independência completa (Tempo, Segurança) 6 – Independência modificada (Tecnologia assistiva) | Sem Assistência | |
| | Dependência Modificada 5 - Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito = 75%+) 3 – Assistência Moderada (Sujeito = 50%+) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito = 25%+) 1 – Assistência Total (Sujeito = 0%+) | Com Assistência | |
| Avaliação | Atividades | Data: | |
| | Cuidados Pessoais | | |
| A | Alimentação | | |
| B | Higiene Pessoal: apresentação e aparência | | |
| C | Banho: limpeza do corpo | | |
| D | Vestir a metade superior do corpo | | |
| E | Vestir a metade inferior do corpo | | |
| F | Uso do vaso sanitário | | |
| | Controle Esfincteriano | | |
| G | Controle de Urina (controle da bexiga – frequência de incontinência) | | |
| H | Controle das fezes | | |
| | Mobilidade | | |
| I | Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas | | |
| J | Transferências: vaso sanitário | | |
| K | Transferências: banheira ou chuveiro | | |
| | Locomoção | | |
| L | Marcha/Cadeira de Rodas | M | |
| | | CR | |
| M | Escadas | | |
| | Comunicação | | |
| N | Compreensão | A | |
| | | VI | |
| O | Expressão | VO | |
| | | NV | |
| | Conhecimento Social | | |
| P | Interação Social | | |
| Q | Resolução de Problemas | | |
| R | Memória | | |
| TOTAL: | | | |
| Abreviações: M=marcha, CR=cadeira de rodas, A=auditiva, VI=visual, VO=vocal e NV=não verbal. | | | |

Diretrizes de Submissão para Autores

1. O manuscrito deve conter o texto integral (não ultrapassando 21 (vinte e uma) páginas (incluindo referências, figuras, tabelas e anexos), sem identificação do(s) autor(es), estar digitado com fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço simples e 2,5 centímetros de margens, e elaborado na sequência abaixo, com todas as páginas numeradas, com início na página de título[1].
2. *Página de título e Identificação.* A página de identificação deve conter os seguintes dados: a) *Título do manuscrito* em letras maiúsculas; b) *Título para as páginas do artigo:* indicar um título curto para ser usado no cabeçalho das páginas do artigo (língua portuguesa e inglesa), não excedendo 60 caracteres;c) *Palavras-chave:* uma lista de termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) deve ser incluída (versões em português e inglês).
3. A Revista de Atenção à Saúde (RAS) usa o DeCS - Descritores em Ciências da Saúde para consulta aos termos de indexação (palavras-chave) a serem utilizados no artigo(<http://decs.bvs.br/>).
4. *Resumo.* Para autores brasileiros, o resumo deve ser escrito em língua portuguesa e língua inglesa. Para os demais países, apenas em língua inglesa. Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, deve ser escrita em folha separada e colocada logo após a página de título. O resumo deve ser apresentado em formato estruturado, incluindo os seguintes itens separadamente: *Introdução, Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões.* Notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas.
5. *Abstract.* Em caso de submissão em língua portuguesa, o *título*, o *resumo* estruturado e as palavras-chave do artigo devem ser traduzidos para o inglês sem alteração do conteúdo.
6. *Texto.* Após o *Resumo* e o *Abstract*, incluir as páginas referentes ao texto do manuscrito com ou sem setores destacados, conforme o tipo de manuscrito: *comunicação, relato de caso (estudo de caso), artigo original e artigo de revisão.* Abaixo segue breve relato dos principais setores a serem destacados:Para artigo original: Introdução- deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor(es) a empreender a pesquisa. Materiais e Métodos - forneça detalhes suficientes para viabilizar a reprodução do trabalho. Métodos já publicados devem ser indicados por uma referência, apenas as modificações relevantes devem ser descritas. Esta seção deve descrever a população estudada, a amostra a ser analisada e os critérios de seleção; também deve definir claramente as variáveis em estudo e descrever detalhadamente os métodos estatísticos empregados (incluindo referências apropriadas sobre métodos estatísticos e software). Procedimentos, produtos e equipamentos devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir por ventura a reprodução do estudo. *Neste item deverá estar explícito a aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa), portanto apresentando o número do protocolo.* Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido. Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis,

principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão. Conclusão - deve ser breve, apoiada nos resultados e relacionada ao(s) objetivo(s). Pode apontar futuros encaminhamentos para o tema desenvolvido. Para comunicação, relato de caso:

7. **ATENÇÃO:** Utilizar os mesmos critérios que foram apresentados no ARTIGO ORIGINAL. Para artigo de revisão: Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autores a empreender a pesquisa. Desenvolvimento - utilizada nos artigos de revisão de literatura, deverá apresentar a descrição da revisão de literatura feita ou não em setores determinados pelos autores. Conclusão - deve ser breve, apoiada nos resultados e relacionada ao(s) objetivo(s). Pode apontar futuros encaminhamentos para o tema desenvolvido. *Após o texto*, de qualquer natureza, incluir: a) *Agradecimentos*. Quando apropriados, os agradecimentos poderão ser incluídos, de forma concisa, no final do texto, antes das Referências Bibliográficas, especificando: assistências técnicas, subvenções para a pesquisa e bolsa de estudo e colaboração de pessoas que merecem reconhecimento (aconselhamento e assistência). Os autores são responsáveis pela obtenção da permissão, por escrito, das pessoas cujos nomes constam dos *Agradecimentos*.
8. *Referências Bibliográficas*. As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE - <http://www.icmje.org/index.html> ou <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n3/0301.pdf> - Versão em português). As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.
9. *Notas de Rodapé*. Devem ser evitadas.
10. *Tabelas e Figuras* Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Figuras. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Serão aceitos no máximo 5 elementos entre figura, gráfico, tabelas e quadros somados.
11. O artigo deve ser digitado no "Template" disponibilizado pela RAS clicando no link abaixo, sem quaisquer alterações na formatação.

https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/libraryFiles/downloadPublic/25