

PERFIL DO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE PARANAENSE E NO LAR SÃO VICENTE DE PAULO DE UMUARAMA – PARANÁ

Denis Carlos dos Santos*
José Domingos Peres Rocha*
Sérgio Jorge**
Deyse Aparecida Zerbinatti*
Patrícia Falavigna Volpato*

SANTOS, D.C.; ROCHA, J.D.P.; JORGE, S.; ZERBINATTI, D.A.; VOLPATO, P.F. Perfil do paciente com acidente vascular cerebral em tratamento fisioterapêutico na clínica de fisioterapia da Universidade Paranaense e no lar São Vicente de Paulo de Umuarama - Paraná. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(1): 43-49, 2003.

RESUMO: Este estudo foi elaborado na Clínica de Fisioterapia da Universidade Paranaense e no Lar São Vicente de Paulo de Umuarama - PR. Teve como objetivo traçar o perfil do paciente com acidente vascular cerebral em tratamento fisioterapêutico, verificando informações colhidas através de questionário, que foi aplicado a um grupo de 51 pacientes, vítima de acidente vascular encefálico. Posteriormente os dados foram agrupados em tabelas, transformados em dados percentuais. O referido perfil mostrou que os pacientes atendidos têm idade entre 51-70 anos, sexo masculino, sofreram um acidente vascular isquêmico, com hemisférios igualmente comprometidos, sedentarismo foi o principal fator de risco relevante, cefaléia, vertigem, confusão e perda da consciência foram os sinais e sintomas mais presentes, encontrou-se um déficit motor sem predomínio, alteração da sensibilidade, da fala, transtorno facial e atividade sexual alterada. Não realiza terapia combinada, tem independência na deambulação e submetido à intervenção fisioterápica tardia. Desta forma, conhecemos o perfil desse paciente na sua realidade de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: acidente vascular cerebral; Fisioterapia; perfil do paciente.

PROFILE OF THE PATIENT WITH CEREBRAL VASCULAR ACCIDENT UNDER PHYSIOTHERAPEUTICAL TREATMENT IN THE CLINIC OF PHYSIOTHERAPY OF THE UNIVERSITY PARANAENSE AND IN THE HOME SÃO VICENTE OF PAULO IN UMUARAMA – PARANA

SANTOS, D.C.; ROCHA, J.D.P.; JORGE, S.; ZERBINATTI, D.A.; VOLPATO, P.F. Profile of the patient with cerebral vascular accident under phisioteraphetical treatment in the clinic of phisiotherapy of the university paranaense and in the home São Vicente of Paulo in Umuarama - Paraná. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(1): 43-49, 2003.

ABSTRACT: This study it was elaborated in the Clinic of physiotherapy of the Paranaense University and in the Home São Vicente de Paulo from Umuarama - PR. It had as objective to trace the profile of a patient with cerebral vascular accident under physiotherapy treatment, verifying information collected through a questionnaire that was applied to a group of 51 patients, victims of encephalic vascular accident. Later the data were grouped in tables and transformed into percentile data. The related profile showed that the patients aged 51-70 years, male sex, had suffered an ischemic vascular accident, with both hemispheres equally compromised, sedentarism was the main factor of relevant risk; chronic headache, vertigo, confusion and loss of conscience had been the most reported signs and symptoms. A motor deficit without predominance, alteration of sensitivity, of speech, face upheaval and modified sexual activity were found. He does not make combined, has independent deambulation and was subjected to delayed physiotherapy intervention. In this way, we know the profile of this patient in his treatment.

KEY WORDS: cerebral vascular accident; physiotherapy; profile of the patient.

Introdução

Para GREENBERG (1996) o acidente vascular cerebral é uma síndrome caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico que persiste por pelo menos 24 horas, reflete envolvimento focal do SNC e é resultado de um distúrbio da circulação cerebral.

Verifica-se que nos Estados Unidos o acidente vascular cerebral é a 3ª causa de morte mais comum, incidência que aumenta rapidamente com o aumento da idade, onde

observamos um índice de 3/1000 indivíduos com idade até 64 anos, atingindo 9/1000 entre 65-74 anos e, na faixa etária de 80-90 anos, os índices de mortalidade se aproximam dos índices correspondentes (UMPHRED, 1996).

De acordo com NITRINI (1997) estudos em comunidades, que incluem casos de AVC frustos ao lado de casos mais graves mostram 24-30% de mortalidade nas primeiras três semanas; quando se avaliam apenas casos internados essa taxa de mortalidade sobre para 30-60%.

* Acadêmicos do 4º ano de Fisioterapia - UNIPAR - Campus Sede

** Docente do Curso de Fisioterapia - UNIPAR - Campus Sede.

Endereço: Curso de Fisioterapia. Universidade Paranaense. Praça Mascarenhas de Moraes, s/nº. 87502-210. Umuarama-PR.

Vários são os fatores que podem aumentar seriamente o risco do indivíduo padecer de um acidente vascular cerebral. Dessa forma, ANDRÉ (1999) cita os seguintes como principais: hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, álcool, fatores genéticos, inatividade física e doenças associadas, principalmente cardiopatias.

Segundo CAMBIER (1998) o encéfalo é irrigado por dois sistemas arteriais: o sistema da carótida interna anterior, e o vertebro basilar, posterior. Esses dois sistemas anastomosam-se na base do encéfalo, para formar o polígono de Willis. STOKES (2000) relata que as artérias carótidas direita e esquerda passam pela parte frontal do pescoço e cada uma delas divide-se em 2 (artérias cerebrais anterior e média), irrigando os lobos frontal, parietal e temporal. As duas artérias cerebrais anteriores unem-se através da artéria comunicante anterior, formando a parte anterior do Polígono de Willis.

Existem outras duas artérias, as vertebrais, que tem seu trajeto em direção ao pescoço e se anastomosam para formar a artéria basilar. Na parte superior do mesencéfalo a artéria basilar divide-se em 2 artérias posteriores do cérebro, que irrigam os lobos occipitais. Essas artérias se unem a parte posterior do Polígono de Willis através das artérias comunicantes posterior, ou seja, ocorre uma anastomose entre as carótidas internas e a circulação vertebral.

Os acidentes vasculares encefálicos são geralmente divididos em duas classes: os acidentes vasculares encefálicos hemorrágicos, que incluem as hemorragias cerebrais intraparenquimatosas e as hemorragias subaracnoídeas, que normalmente resultam da ruptura de um aneurisma cerebral ou de uma malformação arteriovenosa (SAMUELS, 1992); e os acidentes vasculares isquêmicos, que incluem os embólicos e os trombóticos, onde ocorre uma oclusão arterial decorrente de coágulo, gordura, ar, aterosclerose e outros, levando a isquemia e conseqüente infarto (O' SULLIVAN, 1993).

Variadas são as manifestações e seqüelas encontradas pós-acidente vascular cerebral, dentre elas podemos encontrar a disfunção sensorial, afasia ou disartria, defeitos no campo visual e a hemiplegia, sendo este último o sinal mais óbvio de um acidente vascular e o principal interesse dos terapeutas. (UMPHRED, 1996).

O processo de recuperação do paciente pode relacionar-se com o tratamento precoce, local e extensão da lesão inicial, idade, plasticidade do sistema nervoso, incapacidade de atingir uma meta motora relacionada com o movimento funcional, estado pré-mórbido do paciente e motivação e atitude do paciente com relação à recuperação (STOKES, 2000).

Dentre as várias patologias de acometimento cerebral, destacamos o acidente vascular cerebral como assunto de nossa análise, devido seu alto grau de mortalidade e morbidade, objetivando, assim, elaborar um possível perfil do paciente com acidente vascular cerebral, submetido a tratamento fisioterapêutico no Departamento de Neurologia da Clínica de Fisioterapia da Universidade Paranaense – UNIPAR e no Lar São Vicente de Paulo, sob supervisão da referida instituição. Através desse perfil poderemos qualificar o paciente em processo de reabilitação.

Metodologia

Para a elaboração da presente pesquisa foi realizada uma coleta de dados, em uma população de 51 pacientes

portadores de acidente vascular cerebral, em atual tratamento fisioterapêutico. Destes, 40 estão sendo acompanhados no Departamento de Neurologia da Clínica de Fisioterapia da UNIPAR – Universidade Paranaense e 11 pacientes pertencentes ao Lar São Vicente de Paulo, situado na cidade de Umuarama, onde os acadêmicos desenvolvem atividades de estágio supervisionado.

Para tal coleta foi utilizada a ficha de avaliação (Anexo) que foi aplicada aos pacientes do grupo. Ou seja, a coleta de dados teve uma abordagem baseada em busca de dados nos prontuários dos pacientes, questionamentos individuais e pela observação do mesmo em suas respectivas sessões de reabilitação. No caso de pacientes com déficit da linguagem, os familiares presentes auxiliaram-nos para tal coleta. Em seguida os mesmos foram organizados em gráficos e tabelas para melhor visualização e entendimento dos dados, estes transformados em valores percentuais.

Apenas os dados inerentes e viáveis ao objetivo pretendido tiveram maior ênfase, levando em conta que alguns dados tinham uma menor importância nos resultados.

Resultados

Analisando os dados colhidos durante a pesquisa, os resultados obtidos estão relacionados nas seguintes Figuras e Tabelas a seguir.

De acordo com a Figura 1 podemos verificar que a maior parte dos pacientes avaliados sofreu um acidente vascular isquêmico (44 pacientes ou 86,27 % do total), enquanto que uma menor parte (seis indivíduos ou 11,76% do total) sofreu um acidente vascular hemorrágico e, somente um indivíduo (1,96% do total) apresentou os dois tipos de acidente vascular.

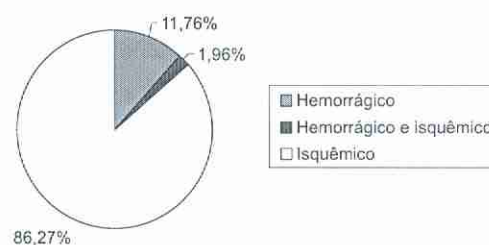


FIGURA 1 - Tipos de Acidente Vascular Cerebral encontrados

Através dos dados coletados pode-se observar que 10 pacientes (19,61 %) sofreram o acidente vascular com idade até 50 anos, 28 indivíduos (54,90%) apresentaram idade entre 51 e 70 anos e 13 pessoas (25,49%) com idade superior aos 70 anos (Figura 2).

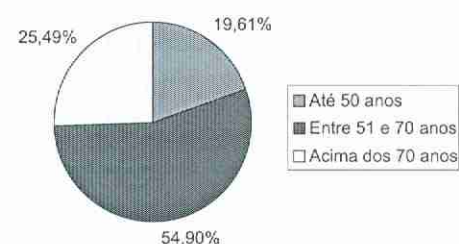


FIGURA 2 - Incidência do Acidente Vascular Cerebral de acordo com a idade

De acordo com a Figura 3 prevaleceu o sexo masculino na incidência do acidente vascular, correspondendo a 35 pacientes (68,63%), contra 16 pacientes (31,37%) do sexo feminino.

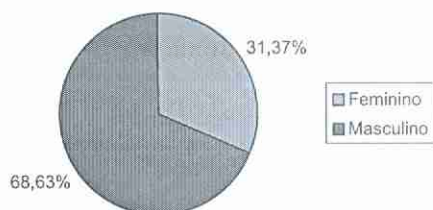


FIGURA 3 - Incidência do Acidente Vascular Cerebral de acordo com o sexo

A Figura 4 demonstra os fatores de risco encontrados nos pacientes avaliados. Deve-se levar em conta que um paciente pode apresentar mais de um fator de risco. Tais fatores de risco foram encontrados nos prontuários dos pacientes.

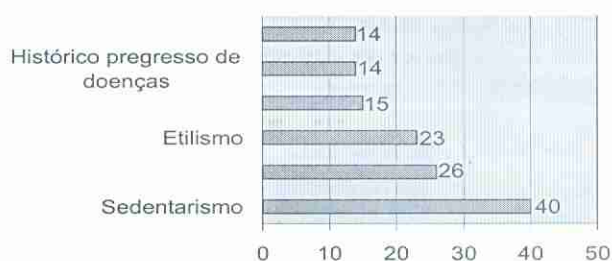


FIGURA 4 - Fatores de risco encontrados nos pacientes.

Na Tabela 1, podemos verificar que 15 pacientes (29,4% do total) apresentaram confusão nos sintomas que antecederam o acidente vascular. Destes, 2 indivíduos (3,9% do total) sofreram um acidente vascular hemorrágico, enquanto que 13 indivíduos (25,4% do total) sofreram um acidente vascular isquêmico.

TABELA 1 - Sinais e Sintomas relacionados com o tipo de Acidente Vascular

Sintomas	Tipo do Acidente Vascular Cerebral		
	Hemorrágico	Ambos	Isquêmico
Confusão	2		13
Cefaléia	4	1	19
Vertigem	2	1	21
Perda da consciência	3		7
Outros sintomas	2		21

Verificou-se também que 24 pacientes (47%) apresentaram cefaléia antecedendo o acidente vascular, sendo que, 19 indivíduos (37,2%) padeceram de Acidente vascular Isquêmico, 4 indivíduos (7,8%) de um acidente vascular hemorrágico e 1 indivíduo (1,96%) sofreu os dois tipos de acidente vascular.

Outros 24 pacientes (47%) apresentaram vertigem, destes 21 (41,1%) sofreram um acidente vascular isquêmico, 2 (3,9%) sofreram um acidente vascular hemorrágico e 1 (1,96%) paciente ambos.

Dos pacientes avaliados, um total de 10 (19,6%) perderam a consciência no momento do acidente, sendo que, 7 pacientes (13,7%) padeceram um acidente vascular

isquêmico e 3 pacientes (5,8%) um acidente vascular hemorrágico.

Outros sintomas não especificados também foram encontrados em 23 pacientes (45%).

Pode-se observar que, 37 pacientes (72,5%) apresentaram um comprometimento motor sem predomínio ou misto, destes, 19 pacientes (37,2%) ostentaram o hemisfério direito comprometido; 17 pacientes (33,3%) o hemisfério esquerdo; e 1 paciente (1,96%) ambos os hemisférios comprometidos.

Outros 6 pacientes (11,7%) exibiram um comprometimento motor com predomínio braquial sendo que, 2 (3,9%) estavam com o hemisfério direito comprometido e 4 (7,8%) o hemisfério esquerdo que apresentava déficit.

Um comprometimento com predomínio crural foi manifestado em 8 pacientes (15,6%), sendo que 4 (7,8%) com lesão no hemisfério esquerdo e outros 4 (7,8%) com lesão no hemisfério direito (Tabela 2).

TABELA 2 - Comprometimento Motor de acordo com hemisfério

Comprometimento Motor	Hemisfério		
	Direito	Ambos	Esquerdo
Sem predomínio/misto	19	1	17
Predomínio Braquial	2		4
Predomínio Crural	4		4

Foi verificado que 32 pacientes (62,7%) tornou-se presente um déficit sensitivo após o acidente vascular, sendo que, 17 pacientes (33,3%) o hemisfério direito estava comprometido, enquanto que, em 15 pacientes (29,4%) o comprometimento era visto no hemisfério esquerdo (Tabela 3).

Distúrbios na fala foi encontrado em 29 pacientes (56,8%). Destes, 14 pacientes (27,4%) encontramos um comprometimento no hemisfério direito, outros 14 pacientes (27,4%) com o hemisfério esquerdo comprometido e, 1 paciente (1,96%) com ambos hemisférios comprometidos (Tabela 3).

Alterações visuais decorrentes do acidente vascular foram verificadas em 11 pacientes (21,5%), sendo que, 6 pacientes (11,7%) apresentara déficit no hemisfério direito e outros 5 pacientes (9,8%) com déficit no hemisfério esquerdo (Tabela 3).

Em apenas 1 paciente (1,96%) foi encontrado déficit auditivo pós-acidente vascular, sendo que este apresenta o hemisfério direito comprometido (Tabela 3).

TABELA 3 - Outros comprometimentos em relação ao hemisfério comprometido.

Comprometimento	Hemisfério		
	Direito	Ambos	Esquerdo
Sensitivo	17		15
Fala	14	1	14
Visual	6		5
Auditivo	1		
Facial	9		7
Sexual	8		7

Comprometimento facial foi verificado em 16 pacientes (31,3%), onde 9 pacientes (17,6%) com lesão no hemisfério direito e 7 pacientes (13,7%) com o hemisfério esquerdo lesionado.

Atividade sexual alterada após o acidente vascular foi manifestada em 15 pacientes (29,4%), verificando que, 8

pacientes (15,6%) apresentara déficit no hemisfério direito e 7 pacientes (13,7%) no hemisfério esquerdo.

De acordo com os dados colhidos 4 pacientes (7,8%) apresentaram flexão de punho e dedos, onde 2 pacientes (3,9%) realizam 1 sessão de fisioterapia por semana, 1 paciente (1,96%) 2 sessões por semana e outro paciente (1,96%) 3 vezes por semana (Tabela 4).

TABELA 4 - Complicações presentes relacionadas à frequência de tratamento

Complicações	Frequência de Tratamento			N/D
	1x / semana	2x / semana	3x / semana	
Flexão de punho e dedos	2	1	1	
Dedos em Garra mais plantiflexão		1		1
Flexão de quadril e joelhos			2	
Síndrome Ombro-mão			5	
Total Global	2	2	7	1

Dois paciente (3,9%) manifestaram dedos em garra mais deformidade em plantiflexão, sendo que, um paciente submetido a tratamento fisioterapêutico 2 vezes por semana e outro com número de sessões indefinidas até o final da coleta de dados (Tabela 4).

Deformidade grave em flexão do quadril e joelhos foi verificado em dois paciente (3,9%), sendo nestes realizada 3 sessões de fisioterapia por semana (Tabela 4).

Outra complicação vista foi a Síndrome Ombro-mão, encontrada em 5 pacientes (9,8%), estes submetidos a 3 sessões de fisioterapia por semana (Tabela 4).

De acordo com os dados colhidos também foi possível observar que, dos pacientes portadores de deformidades, num total de 12; 8 pacientes (66,6%) são pacientes residentes no Lar São Vicente de Paulo, sendo o restante, 4 indivíduos, estão em tratamento fisioterapêutico na Clínica de Fisioterapia da UNIPAR – Universidade Paranaense (Figura 5).



FIGURA 5 - Complicações encontradas relacionadas com a origem do paciente.

A Tabela 4 demonstra que apenas 7 pacientes (13,7%) dos indivíduos avaliados realizam algum tipo de terapia combinada à fisioterapia, sendo elas: auxílio psicológico e tratamento com fonoaudiólogo (Figura 6).

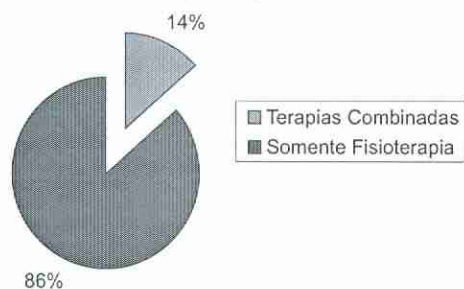


FIGURA 6 - Terapias combinadas ao tratamento fisioterapêutico.

Também foi verificado que 14 pacientes (27,4%) necessitam de cadeira de rodas para locomoção; 11 pacientes (21,5%) fazem uso de algum tipo de órtese que auxilia na marcha e; 26 pacientes (50,9%) realizam a marcha independentemente (Figura 7).

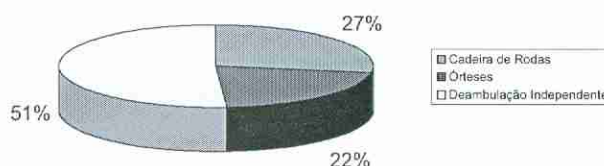


FIGURA 7 - Apresentação do paciente quanto à locomoção

Pode-se observar que 24 pacientes (47%) tiveram tratamento fisioterapêutico precoce ao Acidente vascular Cerebral, enquanto que 27 pacientes (53%) possuíram somente uma intervenção tardia. Para tal pesquisa foi definido como tratamento precoce a intervenção fisioterapêutica mesmo em fase hospitalar, enquanto que tratamento tardio houve intervenção fisioterapêutica após um período de no mínimo 90 dias após o acidente vascular cerebral (Figura 8).

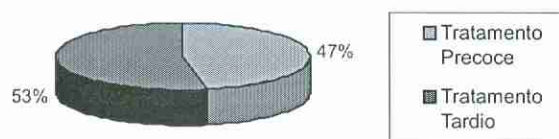


FIGURA 8 - Tratamento Proposto ao paciente

Das complicações consideradas nesta pesquisa pode-se observar que a maior parte delas (53,8 %) foi encontrada em pacientes com intervenção fisioterapêutica tardia (Tabela 5).

TABELA 5 - Complicações x Tratamento Precoce ou Tardio

Complicação	Intervenção Precoce	Intervenção Tardia
Flexão de Punho e dedos	2	2
Dedos em Garra mais plantiflexão	0	2
Deformidade em flexão de quadril e joelhos	1	1
Síndrome Ombro mão	3	2

Discussão

Aproximadamente 80% dos casos de acidente vascular cerebral devem-se a oclusão, seja por placa de ateroma ou êmbolos secundários provenientes de outras artérias (SAMUELS, 1992). REY (1999) complementa que, nos demais casos de acidente vascular as lesões são devidas a uma hemorragia, que pode ser tanto parenquimatosa quanto subaracnóide.

Verificamos que O'SULLIVAN (1993) aponta que a incidência do acidente vascular cerebral aumenta drasticamente com a idade, atingindo importantes proporções após os 55 anos, dado semelhante a este, foi encontrado na presente pesquisa. Enquanto a probabilidade de ter acidente vascular cerebral aumenta com a idade, não deve ser considerado como uma decorrência natural do envelhecimento (STOKES, 2000).

De acordo com ANDRÉ (1999) a incidência de AVC nos homens é discretamente superior que nas mulheres (1:2,1). Esta informação foi coerente à encontrada na pesquisa.

Quanto aos fatores de risco estudados entram em consenso, apontando como os principais: fatores genéticos, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, tabagismo, uso abusivo de álcool, inatividade física, anticoncepcionais orais, doenças associadas (principalmente cardiopatias). (UMPHRED, 1994). Neste estudo verificou-se que os fatores de risco mais encontrados foram, respectivamente: sedentarismo (78,4%), tabagismo (50,9%), etilismo (45,1%) e obesidade (29,4%).

Usualmente é impossível a distinção clínica entre hemorragia e infarto, sendo que a hemorragia tende a ser acompanhada de cefaléia intensa (BALLINGER, 1997). Pode-se encontrar como sinais que antecedem o acidente vascular cerebral hemorrágico: cefaléia, perda da consciência e vômitos, já os pacientes afetados por um acidente vascular isquêmico podem apresentar todos os sintomas já citados (THONSON, 1998), incluindo uma instalação aguda ou de progressão rápida sem história de trauma, perda da visão ou parte dela (ANDRÉ, 1999). Deparou-se no presente trabalho que, os sinais e sintomas mais encontrados em pacientes acometidos por acidente vascular hemorrágico foram: cefaléia e perda da consciência; já nos pacientes portadores de acidente vascular isquêmico os sinais e sintomas mais presentes foram: vertigem, cefaléia e confusão.

Para O'SULLIVAN (1993) e LEITÃO (1995) diversas deficiências possivelmente são resultantes de um AVC, inclusive danos às funções motoras. Toda a população integrante desta pesquisa, composta por 51 pacientes, apresentou o referido déficit.

UMPHRED (1994) relata que um AVC com hemiplegia resultante, traz grandes perdas sensoriais, parciais ou totais. O paciente pode sentir um toque, mas ser incapaz de localizá-lo, pode interpretar a pressão como temperatura. Este déficit foi encontrado em 32 (62,7%) pacientes da amostra de 51 pacientes.

Após as lesões do hemisfério dominante, são muito frequentes os distúrbios da linguagem (RIBEIRO, 1992). Ratificaram-se 29 (56,8%) pacientes com este distúrbio.

Para O'SULLIVAN (1993), distúrbios do campo visual são comuns e KOTTKE (1994) relata que o acidente vascular cerebral pode interferir na visão, se o mesmo ocorrer em qualquer ponto das vias visuais. Essa alteração visual,

resultante de um acidente vascular cerebral, comprovou-se em 11 (21,5%) pacientes.

Embora não haja déficits específicos da capacidade auditiva devido ao acidente vascular cerebral, a perturbação da audição é bastante comum. Assume-se geralmente que a perda auditiva estava presente antes do acidente vascular cerebral.

NITRINI (1997) relata que a face pode ser comprometida decorrente de um acidente vascular cerebral, caracterizando uma hemiparesia completa. Comprovou-se a ocorrência deste comprometimento facial em 16 (31,4%) pacientes.

Para UMPHRED (1994) a maior parte das pessoas com hemiplegia experimenta um declínio na sexualidade através de uma diminuição na frequência de relações sexuais sem uma mudança no nível de desejo sexual pré AVC. Os fatores normais do envelhecimento também interferem com o desempenho sexual de pessoas com hemiplegia. Estas alterações de ordem sexual foram evidentes num total de 15 pacientes (29,4% da amostragem).

As contraturas e deformidades resultantes de um acidente vascular cerebral decorrem da perda de movimentos, espasticidade e posicionamento inadequado. São frequentes contraturas do punho e dedos e, no membro inferior, contraturas em flexão plantar (O'SULLIVAN, 1993). Dado este inerente às deformidades mais encontradas na análise, que foram: flexão de punho e dedos (4 pacientes ou 7,8% do total), dedos em garra associados a plantiflexão (2 pacientes ou 3,9% do total) e flexão de quadril e joelhos (2 pacientes ou 3,9% do total).

A síndrome ombro-mão, segundo UMPHRED (1994) começa com edema e hipersensibilidade da mão e amplitude limitada de mobilidade de dedos e ombro. Isso é seguido por uma diminuição da ADM da mão e dedos e mudanças em osso e pele, causando atrofia e contratura grave. Esta restrição apresentou-se em 5 pacientes (9,8% da amostragem).

De acordo com DELISA (1992) o paciente hemiplégico que não consiga realizar uma deambulação independente deve receber uma cadeira de rodas cedo no processo de reabilitação. São necessárias órteses, quando problemas persistentes impedem uma deambulação segura (O'SULLIVAN, 1993). Nesta coleta de dados podemos observar o uso desses aparatos por alguns pacientes, sendo que, 14 pacientes (27,4%) necessitam de uma cadeira de rodas para locomoção, enquanto que 11 indivíduos (21,5%) dependem de um mecanismo auxiliar (órtese) para realização da marcha.

O'SULLIVAN (1993) relata que a interação coordenada entre todos os profissionais é necessária para a formulação e implemento de um plano integrado de tratamento, projetado para atendimento das necessidades individuais do paciente.

Além disso, reabilitação iniciada precocemente no estágio agudo otimiza o potencial do paciente para a recuperação funcional. A mobilização precoce impede ou minimiza os efeitos perniciosos do descongestionamento e o potencial para o surgimento de contraturas. Padrão motor mal adaptado e maus hábitos podem ser evitados (STOKES 2000). Apesar da importância deste dado, apenas 24 pacientes (47%) receberam intervenção fisioterapêutica precoce.

Conclusão

Como resultados finais podemos apresentar um perfil do paciente com acidente vascular cerebral em tratamento na Clínica de Fisioterapia da Universidade Paranaense – UNIPAR e no Lar São Vicente de Paulo, onde verificou-se:

Pacientes com idade entre 51 e 70 anos (54,9 %), são do sexo masculino (68,6%), sendo portadores de acidente vascular isquêmico (86,2 %), os hemisférios direito e esquerdo foram igualmente acometidos (49%) para cada um, apresentando sedentarismo (78,4%), tabagismo (50,9%), etilismo (45,1%), obesidade (29,4%), histórico progresso de doenças (27,4%) e antecedentes familiares (27,4%) como fatores de risco, e os sinais e sintomas antecedentes ao acidente vascular: cefaléia (47%), vertigem (47%), confusão (29,4%), perda da consciência (19,6%). No âmbito de comprometimento motor verificou-se déficit motor sem predomínio (72,5%), com déficit sensitivo (62,7%), distúrbio na fala (56,8%), comprometimento facial (31,3%), atividade sexual prejudicada (29,4%). Não apresentam deformidades (76,5%), não realiza terapia combinada (86,3%), apresentam deambulação independente (50,9%), submetem-se à intervenção fisioterapêutica tardia (53,8%).

Alcançado este objetivo, permitimos aos profissionais da área de saúde que trabalham com pacientes portadores de acidente vascular cerebral, o conhecimento de seu perfil inserido na sua realidade de tratamento.

Referências Bibliográficas

- ANDRÉ, Charles. *Manual de AVC*. 1ª Ed. - Rio de Janeiro: Revinter, 1999, p. 07.
- BALLINGER, Anne. *Manual de fundamentos da clínica médica*. São Paulo: Santos, 1997, p. 468.
- CAMBIER, Jean. *Manual de Neurologia*. 9.ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1998.
- DELISA, A. J. et al. *Medicina de Reabilitação – princípios e prática*. Vol 2. São Paulo: Manole, 1992. p. 666.
- GREENBERG, David A. *Neurologia Clínica*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 273.
- KOTTKE, Frederic; LEHMANN, Justus F. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. Vol. 1 - 4.ed. São Paulo: Manole, 1994, p. 656-657.
- LEITÃO, Araújo; LEITÃO Valéria A. *Clínica de Reabilitação*. São Paulo: Atheneu, 1995. p. 175.
- NITRINI, Ricardo. *A neurologia que todo médico deve saber*. São Paulo: Santos, 1997. p. 138-144.
- O' SULLIVAN, B. S; SCHMITZ, J. T. *Fisioterapia Avaliação e Tratamento*. 2.ed. São Paulo: Manole, 1993. p. 386-416.
- REY, Luís. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p. 08.
- RIBEIRO, José Brenha. *Hemiplegia – Reabilitação*. São Paulo: Atheneu.
- SAMUELS, Martin A. *Manual de Neurologia – Diagnóstico e tratamento*. 4.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.
- STOKES, Maria. *Neurologia para Fisioterapeutas*. São Paulo: Premier, 2000. p. 85-96.
- THOMSON, Ann. Et al. *Fisioterapia de Tidy*. 12.ed. São Paulo: Santos, 1998. p. 327.
- UMPHRED, Darcy Ann. *Fisioterapia Neurológica*. 2.ed. São Paulo: Manole, 1994. p. 616-654.

Recebido para publicação em: 26/07/2002.

Received for publication on 26 July 2002.

Aceito para publicação em: 20/02/2003.

Accepted for publication on 20 February 2003.

ANEXO

FICHA DE AVALIAÇÃO

PERFIL DO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE PARANAENSE E NO LAR SÃO VICENTE DE PAULO DE UMUARAMA - PARANÁ

Dados Pessoais

1. Nome: _____
2. Idade Até 50 anos Entre 51 e 70 anos Acima de 70 anos
3. Sexo Masculino Feminino
4. Raça Branca Negra
5. Peso Ideal Obeso
6. Bairro Zona Urbana Zona Rural
7. Escolaridade Analfabeto 1º grau 2º grau 3º grau
8. Classe Social Até R\$ 500,00 Até R\$ 1.000,00 Acima de R\$ 1.000,00
9. Profissão Pré AVC _____
10. Atividade pós AVC Sim Não
11. Histórico progresso de doenças Sim. Qual? _____
12. Antecedentes Familiares Sim Não
13. Etilismo Sim Não
14. Tabagismo Sim Não
15. Atividade Física Sim Não

Dados Clínicos

1. Ambiente do AVC Domicílio Trabalho Externo
2. Período do AVC Manhã Tarde Noite
3. Histórico de quedas Sim Não
4. Primeiro AVC Sim Não
5. Tempo de Permanência em UTI Sim. Quanto tempo?
6. Medicação atual (pós-AVC) Sim Não
7. Nível de Consciência Orientado Confuso
8. Sinais Pré-AVC Confusão Cefaléia Vertigem Perda de consciência
 Outros Sintomas _____

Clínica

1. Tipo de AVC Isquêmico Hemorrágico
2. Hemisfério Direito Esquerdo

Comprometimento

1. Motor Crural Braquial Sem predomínio
2. Sensitivo Presente Ausente
3. Fala Presente Ausente
4. Visual Presente Ausente
5. Auditivo Presente Ausente
6. Facial Presente Ausente
7. Atividade sexual (pós-AVC) Presente Ausente

Área Fisioterápica

1. Apresentação do paciente Cadeira de Rodas Órtese Deambulando
2. Início de Tratamento Fisioterapêutico Imediato Tardio
3. Complicações Síndrome Ombro-mão Flexão de punho e dedos Outras deformidades
4. Frequência de Tratamento 1x/Semana 2x/Semana 3x/Semana
5. Terapias Combinadas T.O. Fonoaudiologia Psicologia Outras