

KARINA DE SOUZA DIAS

**PERFIL DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL VINCULADOS AO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS-MG: a demanda por
cuidados fisioterapêuticos**

**FRANCA
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KARINA DE SOUZA DIAS

**PERFIL DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL VINCULADOS AO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS-MG: a demanda por
cuidados fisioterapêuticos**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Olga Maimoni Aguilar.

**FRANCA
2006**

KARINA DE SOUZA DIAS

PERFIL DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
VINCULADOS AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
DIVINÓPOLIS-MG: a demanda por cuidados fisioterapêuticos

Presidente: Olga Maimoni Aguillar
Nome: Profa. Dra. Olga Maimoni Aguillar
Instituição: UNIFRAN

Titular 1: Claudia Santos Oliveira
Nome: Profa. Dra. Claudia Santos Oliveira
Instituição: UNIVAP

Titular 2: Branca Maria de Oliveira Santos
Nome: Profa. Dra. Branca Maria de Oliveira Santos
Instituição: UNIFRAN

Franca, 05/05/2006

DADOS CURRICULARES**KARINA DE SOUZA DIAS**

NASCIMENTO	06/11/1973
FILIAÇÃO	Sebastião dos Santos e Souza Maria Auxiliadora Dias Souza
1993 – 1997	Curso de Graduação UCP – Universidade Católica de Petrópolis.
1998 – 1999	Curso de Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i> em Neurofisiologia pelo IBMR – Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, Rio de Janeiro (RJ).
1998 – 2001	Fisioterapeuta da APAE – Itapecerica – MG.
1998 – 2002	Fisioterapeuta da Academia Debian Fitness – Divinópolis – MG
1998 – 2004	Fisioterapeuta Neurológica da Clínica de Fisioterapia Reabilitar – Divinópolis – MG.
2003 – 2005	Preceptora da Universidade de Itaúna / Supervisora de Estágio Hospitalar de Neurologia no Hospital São João de Deus – Divinópolis – MG.
2002 -	Professora contratada pela UNIFENAS – Campus Divinópolis, nas Disciplinas de Neurofisiologia, Fisioterapia aplicada a Patologias do Sistema Nervoso Central e Periférico.
2003 -	Professora contratada pela FUNEDI/UEMG/INESP – Divinópolis – MG, nas Disciplinas de Neuroanatomia, Neurofisiologia, Fundamentos de Neurologia e Fisioterapia em Neurologia. Professora contratada para Supervisão de Estágio nas Unidades Básicas de Saúde, nas Disciplinas de Fundamentos de Neurologia e Fisioterapia em Neurologia.
2004 -	Fisioterapeuta Neurológica da Clínica de Fisioterapia Biofisio – Divinópolis – MG.

***DEDICO** este trabalho a todos os pacientes participantes desta pesquisa, que com muita humildade, respeito e simplicidade, me acolheram em suas casas, sempre com esperança e fé de que dias melhores virão, fazendo aumentar ainda mais o meu amor pela minha profissão e me fazendo também acreditar que sonhos podem se tornar realidade e que a vida deve ser vivida com muita dignidade, pois somos todos iguais.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha existência, saúde, alegria, por atender às minhas orações, por me proteger nas estradas, me fortalecer na fé, perseverança, coragem e amor, elementos estes que foram fundamentais para superar todas as dificuldades nesta trajetória.

Ao meu pai Sebastião dos Santos e Souza, verdadeiro mestre da minha vida, minha eterna gratidão pelos seus incansáveis ensinamentos.

À minha mãe Maria Auxiliadora Dias Souza, pelo exemplo de força de vida, luta e fé, pelo seu amor incondicional e principalmente pela sua imensurável sensibilidade materna.

Aos meus irmãos Eduardo Souza e Caroline Queiroz, pelo carinho e amizade, que mesmo de longe, acompanham meus passos e vibram com minhas conquistas.

Às minhas irmãs Kelly Dias, Kênia Dias e Daniela Nery Faria, que sempre faltarão palavras para expressar o meu amor e gratidão, como neste momento por exemplo. Que meu silêncio fale mais alto agora....

Aos meus tios, tias, primas, primos, afilhadas, que através do constante amor entre nós, me dá a certeza de que família é tudo que precisamos para um bom alicerce na nossa vida.

À Fundação Educacional de Divinópolis - FUNEDI/UEMG/INESP, minha gratidão, em especial nas pessoas do Presidente Professor Gilson Soares e Diretor Professor Eduardo Silva, pelas oportunidades a mim atribuídas, pela confiança, pelo estímulo à pesquisa e abertura de novos horizontes e linhas de pensamentos em minha vida.

À UNIFENAS Campus de Divinópolis, minha gratidão pela abertura das portas para a minha entrada na docência.

À Professora Dra. Olga Maimoni Aguillar, minha orientadora, pela atenção, paciência, dedicação, estímulo e sabedoria no transcorrer destes anos.

Às Professoras Dra. Branca Maria de Oliveira Santos e Dra. Claudia Santos Oliveira pela importante contribuição na etapa da minha qualificação.

Aos docentes do Curso de Mestrado em Promoção da Saúde da UNIFRAN pelos ensinamentos e construção dos saberes.

Aos funcionários da UNIFRAN, em especial à secretária da Pós-Graduação Ana Maria Martinez, pela paciência, disponibilidade, compreensão e suas palavras sempre incentivadoras e carinhosas.

Aos colegas do mestrado pela cumplicidade, amizade, companheirismo e alegrias nas noites de sexta-feira.

Às colegas divinopolitanas, minhas companheiras de estrada, Andréa Aquino, Daniela Moraes e Ana Paula Pfister, por dividirmos juntas as alegrias, o cansaço, a ansiedade, contratempos, correrias e apoio nesta jornada, e em especial, à Ana Maria de Abreu, por me dar sua amizade e apoio em momentos tão difíceis na minha vida.

Às equipes do Programa de Saúde da Família do município de Divinópolis, que com tanta dedicação e carinho fizeram parte desta minha história de construção do conhecimento.

À Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, em especial à Dra. Cláudia Cançado e Rosemarie Lemos pelo apoio irrestrito necessário à realização deste meu trabalho.

À amiga e coordenadora do Curso de Graduação em Fisioterapia da FUNEDI/UEMG/INESP, Solange Ribeiro, pelo estímulo, força, sabedoria, companheirismo e ensinamentos indispensáveis para ajudar a construir não somente este trabalho, mas também toda minha vida profissional e pessoal.

Aos colegas docentes do Curso de Graduação em Fisioterapia da FUNEDI/UEMG/INESP, por compartilharem os momentos de luta e aprendizagem, em especial à Professora Fernanda Francischetto que como um anjo, me trazia a cada palavra, conforto e muita sabedoria.

À uma “pequena grande mulher” e professora, que para a minha maior alegria tornou-se minha amiga, minha eterna gratidão à Professora Cecília Aquino, que com sua enorme sabedoria me conduziu pelo mundo da pesquisa com muita sutileza, dedicação e doação, sem a qual, com certeza, este trabalho não teria sido o mesmo.

Aos meus queridos alunos do curso de Fisioterapia, pelo carinho, apoio, confiança no meu trabalho e acima de tudo por entenderem e respeitarem meus momentos de ausência para a finalização desta etapa em minha vida. Obrigada....Valeu!!!!

Aos meus amigos Maurício Faria e Vânia Vasconcelos pela sua eterna presença protetora, carinhosa, serena e amiga em minha vida.

À Marlene Ávilla, minha verdadeira companheira de estudo, que me acompanhou todas as manhãs nesta trajetória, me confortando sempre com suas simples atitudes, palavras e gestos.

À minha amiga e comadre “da hora” Bethânia Rodrigues, que com tão pouco conhecimento escolar, me ensinou a ver a vida de uma forma simples e sempre com muitos risos.

Ao Carlos Eduardo Reche e Tânia Villaça , pelo carinho, incentivo, apoio e suporte emocional necessários para a vida e para a realização deste trabalho.

A todos meus amigos, amigas, pessoas sempre presentes em minha vida, que não me deixaram desanimar, dando-me sempre força e coragem para seguir em frente.

“A mudança de paradigmas requer uma expansão não apenas de nossas percepções e maneiras de pensar, mas também de nossos valores”.

Fritjof Capra

RESUMO

DIAS, Karina de Souza. **Perfil dos indivíduos portadores de acidente vascular cerebral vinculados ao programa de saúde da família no município de Divinópolis-MG: a demanda por cuidados fisioterapêuticos**. 2006. 118f. Dissertação (Mestrado *Stricto Sensu* em Promoção da Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

Apesar de inúmeros trabalhos apontarem a importância da atuação do fisioterapeuta na reabilitação de pacientes com seqüelas de acidente vascular cerebral (AVC), ainda assim são escassas as informações a respeito do trabalho deste profissional, em relação a estes pacientes na saúde coletiva, especialmente no Programa de Saúde da Família (PSF). Torna-se necessário investigar o trabalho do fisioterapeuta na saúde coletiva e sua inclusão na equipe de Saúde da Família, sendo oportuno reunir, analisar e sistematizar as informações encontradas e, após obtê-las, orientar e apontar diretrizes para a inclusão, com o intuito de estender este modelo de atenção à prática dos fisioterapeutas. No presente estudo, de caráter transversal descritivo, foram analisadas as situações inerentes à necessidade de atuação do fisioterapeuta junto aos portadores de AVC, no PSF de Divinópolis-MG, através da caracterização do perfil dos mesmos, uma vez que esta população necessita de apoio, assistência, orientação e cuidados constantes, tendo, portanto, uma demanda significativa por cuidados fisioterapêuticos. Participaram do estudo 65 pacientes portadores de AVC. Em cada paciente, em domicílio, aplicou-se um protocolo de entrevista que continha os dados sócio-demográficos e clínicos, dados relacionados à mobilidade, sensibilidade, comunicação e aparência geral do indivíduo, além de dados relacionados aos aspectos sociais, a atividades de vida diária, ao cuidador e ao trabalho do fisioterapeuta. Os resultados obtidos demonstraram o acometimento de indivíduos na faixa etária entre 37 e 91 anos, com maior frequência do sexo feminino (55,4%) e da raça negra (50,8%), indivíduos com baixa escolaridade (90,8%) e nível de renda, perda da produtividade após o AVC com a prevalência de aposentados (93,8%), maior predomínio da instalação do AVC isquêmico (55,4%) associado à hipertensão arterial e diabetes (67,7%), limitações na locomoção (66,2%) e mobilidade (58,5%), déficits de comunicação (63,1%) e sensibilidade (66,2%), dependência na realização das atividades diárias (44,6%) e maior número dos acometidos que não realizam tratamento fisioterapêutico, mas que sentem necessidade de realizá-lo (67,7%). De acordo com os resultados obtidos neste contexto, pôde-se observar a necessidade de atuação do fisioterapeuta na assistência aos portadores de AVC no PSF. Torna-se importante uma contínua investigação por vários ângulos a respeito das necessidades desta mesma população e dos demais usuários assistidos pelo programa. Em assim sendo, é preciso reforçar a inclusão do fisioterapeuta no PSF, para que dentro de uma equipe multidisciplinar, ele trabalhe na melhoria da saúde e qualidade de vida da população.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral; programa de saúde da família; fisioterapia.

ABSTRACT

DIAS, Karina de Souza. **The individual bearers of cerebral vascular accident profile linked to the program of family health in the municipal district of Divinópolis-MG: the demand for having taken physical therapy cares.** 2006. 118f. Dissertation (Master in Health Promotion) - University of Franca, Franca.

In spite of countless works mentioned the importance of the physiotherapist's performance in the patients' rehabilitation with cerebral vascular accident sequels, nevertheless are rare the information concerning about this professional's work, in relation to these patients in the collective health, especially in Family Health Program. It is necessary to investigate the physiotherapist's work in the collective health and his inclusion in the team of Family Health. It is also opportune to gather, to analyze and to systematize the found information and, after obtained them, to guide and to cite guidelines for the inclusion, with the intention of extending this model of attention to the physiotherapists' practice. In the present study of descriptive traverse character, inherent situations to the need of the physiotherapist's performance next to cerebral vascular accident bearers were analyzed, in Family Health Program of Divinópolis-MG, through the characterization of the patient profile, so that this population needs support, attendance, orientation and constant cares, there is, therefore, a significant demand for having taken physical therapy cares. In the research participated 65 patient cerebral vascular accident bearers. In each patient one, in residence, an interview protocol was applied that contained the partner-demographic and clinical data, data related to the mobility, sensibility, communication and the individual general appearance, besides data related to the social aspects, to activities of daily life, to the caretaker and the physiotherapist's work. The obtained results demonstrated the occurrence of person between 37 and 91 years, with larger frequency of the feminine sex (55,4%) and black race (50,8%), person with low schooling (90,8%) degree and income, loss of the productivity after cerebral vascular accident with the predominance of retired (93,8%), larger prevalence of the installation of ischemic cerebral vascular accident (55,4%) associated to the arterial hypertension and diabetes (67,7%), restrictions in the movement (66,2%) and mobility (58,5%), sensibility (66,2%) and communication deficits (63,1%), dependence in the achievement of the daily activities (44,6%) and a larger number of patients do not achieve treatment. Therefore they feel need to accomplish it (67,7%). In agreement with the results obtained in this context, the need of the physiotherapist's performance has observed the attendance to the cerebral vascular accident bearers in Family Health Program. It is important a continuous investigation for several angles concerning about the needs of this same population and of the other users attended by the program. Consequently, it is necessary to reinforce the physiotherapist's inclusion in Family Health Program, so that inside of a multidisciplinary team, he works in the improvement of the health and population life quality.

Key words: cerebral vascular accident; family health program; physical therapy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à idade.....	65
Gráfico 2	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à profissão atual.....	67
Gráfico 3	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao diagnóstico clínico.....	69
Gráfico 4	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao tempo de diagnóstico clínico.....	70
Gráfico 5	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à locomoção.....	71
Gráfico 6	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao estado acamado.....	72
Gráfico 7	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à dependência nas mudanças de postura.....	73
Gráfico 8	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à presença de déficit de comunicação.....	74
Gráfico 9	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à presença de déficit de sensibilidade.....	75
Gráfico 10	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à presença de atividades de lazer.....	75
Gráfico 11	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao acesso à rua.....	76
Gráfico 12	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao transporte utilizado.....	76
Gráfico 13	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à dependência nas AVD.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF, segundo sexo e raça.....	66
Tabela 2	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF, segundo escolaridade e estado civil.....	66
Tabela 3	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo a profissão anterior ao AVC.....	68
Tabela 4	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o diagnóstico cinesiológico.....	69
Tabela 5	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo as patologias associadas.....	71
Tabela 6	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o tipo de deambulação.....	72
Tabela 7	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o local de deambulação.....	73
Tabela 8	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo a aparência geral.....	74
Tabela 9	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o acesso ao transporte.....	77
Tabela 10	Distribuição dos cuidadores e portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o conhecimento do trabalho do fisioterapeuta.....	78
Tabela 11	Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF que fazem tratamento fisioterapêutico e dos que sentem necessidade de fazer o tratamento.....	79
Tabela 12	Distribuição (frequência e porcentagem) sobre a opinião dos portadores de AVC cadastrados no PSF sobre o Fisioterapeuta no PSF.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de profissionais que compõem as ESF de Divinópolis-MG, de acordo com a categoria profissional.....	57
Quadro 2	Número total dos portadores de AVC em todo o PSF do município.....	59
Quadro 3	Número total dos portadores de AVC por PSF do município.....	60

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	– Ações Integradas de Saúde
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
ANEP	– Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
APS	– Atenção Primária à Saúde
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
AVC (H)	– Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVC (I)	– Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVD	– Atividade de Vida Diária
CBO	– Classificação Brasileira de Ocupações
CMS	– Conselho Municipal de Saúde
CONASP	– Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CREFITO-4	– Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
ICC	– Insuficiência Cardíaca Congestiva
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MMII	– Membros Inferiores
MMSS	– Membros Superiores
MPAS	– Ministério da Previdência e Assistência Social

MS	– Ministério da Saúde
NOAS	– Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
PAB	– Piso de Atenção Básica
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	– Programa de Saúde da Família
SEMUSA	– Secretaria Municipal de Saúde
SES / MG	– Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SNC	– Sistema Nervoso Central
SNS	– Sistema Nacional de Saúde
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
VO2	– Volume de Oxigênio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 REVISÃO DE LITERATURA	25
1.1 UM RELATO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	25
1.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	28
1.3 PREVENÇÃO DAS DOENÇAS.....	32
1.4 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	34
1.5 ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA E ATUAÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	40
1.6 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	46
2 JUSTIFICATIVA	53
3 OBJETIVO	54
4 METODOLOGIA	55
4.1 LOCAL DO ESTUDO.....	55
4.1.1 Identificação e descrição do local da pesquisa.....	55
4.2 LEVANTAMENTO DA POPULAÇÃO.....	58
4.2.1 Série histórica dos marcadores da Zona Geral do modelo PSF.....	59
4.2.2 Série histórica dos marcadores do modelo PSF.....	59
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	60
4.3.1 Critérios de inclusão.....	61
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	61

4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	62
4.6	PLANO PILOTO.....	63
4.7	ANÁLISE DE DADOS.....	64
5	RESULTADOS.....	65
6	DISCUSSÃO.....	80
7	CONCLUSÃO.....	101
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
	APÊNDICES.....	111
	ANEXOS.....	116

INTRODUÇÃO

O fenômeno saúde-doença tem uma expressão social e uma determinação histórica. Analisando-se o processo deste fenômeno na população, observa-se que na história da humanidade o mesmo sofreu modificações e os determinantes de suas transformações são uma das expressões características de cada momento da história. Deste modo, há algumas décadas, verificava-se que no Brasil e em Minas Gerais as principais doenças e as mais importantes causas de morte na população eram representadas pelas enfermidades transmissíveis. Atualmente, as principais doenças e as causas de morte são as doenças crônicas e as causas externas. Neste sentido, as mudanças do processo saúde-doença podem ser explicadas através das transformações ocorridas nos agentes causadores das doenças, nas modificações no meio ambiente e na estrutura das pessoas. Ainda que, estas mudanças não tenham beneficiado ou prejudicado todas as pessoas na mesma igualdade, no conjunto da sociedade estas transformações podem ser identificadas (UEMG/FUNEDI, 2002).

Apesar das diversidades no país, pode-se observar um caminhar na mudança da concepção do processo saúde-doença, com evidência na busca de uma nova prática sanitária e uma reorganização do processo de trabalho no qual, a equipe de saúde passa a ser o núcleo central desse processo (ASSUNÇÃO, 2003).

Dentre as inúmeras doenças crônicas existentes, destaca-se o acidente vascular cerebral (AVC), que segundo Chagas e Monteiro (2004) constitui-se uma patologia de grande incidência e com elevada taxa de mortalidade. Para Rowland (1997), o AVC constitui-se um

importante problema de saúde pública, sendo responsável por uma grande proporção da carga de doenças neurológicas.

O AVC determina sinais e sintomas neurológicos focais e agudos. A síndrome mais comumente vista após o AVC é a síndrome do neurônio motor superior, causada pelo infarto do território de irrigação da artéria cerebral média. O infarto desta região pode levar ao acometimento do neurônio motor superior e de suas vias de comunicação, e as conseqüências relacionadas a esta síndrome, são traduzidas pela resposta imediata à lesão caracterizada por paralisia e hiporreflexia profunda, pela espasticidade, fraqueza muscular e perda da destreza. As conseqüências adaptativas são descritas como modificações decorrentes de alterações nas propriedades mecânicas e funcionais. A imobilidade, causada pelos fatores negativos da lesão cerebral, leva à postura anormal e à hipersensibilidade dos reflexos proprioceptivos (JUNQUEIRA *et al.*, 2004).

A fisiopatologia básica do AVC, explica-se pelos danos tanto às células motoras quanto ao percurso do sistema nervo central causado por hemorragia ou instalação de trombo, e afetando desta forma, o suprimento arterial do cérebro, usualmente de um lado do cérebro. Os prejuízos imediatos de maior significância são a perda da performance da marcha, diminuição da força muscular, incapacidade de gerar contração muscular voluntária e de graduar atividades musculares apropriadamente (OLNEY e RICHARDS, 1996).

A lesão cerebral causada por doença vascular constitui um imenso problema para qualquer população e civilização, sendo considerado um dos traumas mais devastadores para a personalidade como um todo (DAVIES, 1996). De acordo com Falcão *et al.* (2004) é neste contexto que as doenças do aparelho circulatório adquirem relevância nos dados de morbi-mortalidade. Os referidos autores destacam que no Brasil, a distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório vem apresentando crescente importância entre adultos e

jovens, sendo o AVC a principal doença circulatória, o qual representa a primeira causa de morte e de incapacidades em indivíduos adultos.

Falcão *et al.* (2004), Maciel e Guerra (2005) e Goulart *et al.* (2005) relatam ser comum em casos de AVC, pacientes apresentarem ansiedade, depressão, distúrbios do sono e da função sexual, distúrbios motores, sensoriais, cognitivos, de comunicação e alterações fisiológicas durante atividades físicas, como dispnéia, angina e hipertensão, o que causam limitações para o retorno ao trabalho produtivo, para as atividades funcionais, sociais e atividades de vida diária. De acordo com Maciel e Guerra (2005), o déficit cognitivo aparece com forte associação com a alteração da mobilidade produzindo importantes alterações na deambulação. Segundo os referidos autores, as principais alterações relacionadas à deterioração das funções neurológicas, como a diminuição do tempo de ação e reação, a perda do tecido nervoso e a redução do número de neurotransmissores, influenciam substancialmente a redução da atividade sensório-motora em indivíduos com AVC.

Oliver *et al.* (1999) enfocam que dentre os profissionais de saúde que prestam assistência ao paciente portador de AVC, pode-se destacar o fisioterapeuta. Este profissional, durante muitos anos focalizou sua intervenção na reabilitação, isentando-se de qualquer envolvimento familiar e até mesmo conhecimento acerca das condições de vida dos pacientes, dos seus hábitos, moradia, estrutura social, dentre outros. Esta postura tem suscitado questionamento sobre a real eficácia do trabalho realizado com os mesmos, pois mesmo com a abrangente intervenção reabilitadora observa-se o desenvolvimento dos mesmos em um único ambiente – o ambulatorial, desconhecendo-se desta forma a realidade do paciente.

Deste modo, com as constantes mudanças no campo das políticas de saúde, observa-se a necessidade de ampliar o conhecimento acerca da real atuação do fisioterapeuta como um agente multiplicador de saúde e apto a trabalhar em qualquer instância no processo da saúde, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em

todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. De acordo com este perfil, o profissional fisioterapeuta deve ter visão ampla e global, com respeito aos princípios éticos, bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade, entendendo-se desta forma que o fisioterapeuta deverá ter em vista a atenção ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. Hoje, mais que no passado, verifica-se uma população que vive mais, e, vivendo mais, demanda por melhores condições de vida e clama por mais recursos para alcançar seu objetivo que é viver bem. O sistema de saúde e a estrutura social pressionada por esta nova demanda buscam fazer frente a estes clamores ofertando por um lado, os recursos dentro de seus limites e, por outro, investindo na promoção da saúde para que as pessoas possam viver por mais tempo com maior qualidade de vida. Atualmente, um dos instrumentos fundamentais para alcançar o objetivo de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos encontra-se na prática da fisioterapia (UEMG/FUNEDI, 2002).

Segundo Rebelatto e Botomé (1999) a fisioterapia pode ser definida como uma profissão da área da saúde com atividades e competências exclusivas, que busca prevenir, recuperar e/ou desenvolver as condições de saúde dos indivíduos em níveis normais.

A comunidade necessita que todo profissional da área da saúde que presta assistência, igualmente o fisioterapeuta, tenha, além das habilidades e dos conhecimentos específicos, o senso da cidadania, a fim de que se compreenda que a capacidade intelectual deve ser usada para a melhoria da qualidade de vida de outros cidadãos, como ele próprio (RUBIANO, 2003).

Conjuntamente a esta pressão histórica pela qualidade de vida, a promoção da saúde através da fisioterapia preventiva e da ação reabilitadora, busca atender uma necessidade de se dotar a sociedade de instrumentos que permitam que o sistema de saúde

brasileiro alcance os princípios jurídicos do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade e equidade (UEMG/FUNEDI, 2002).

Os profissionais da área da saúde, devem estar atentos à atual condição de saúde de uma população, bem como de situações antecedentes, permitindo desta forma subsidiar ações de saúde futuras, facilitando assim o melhor atendimento de suas necessidades. Para que as pessoas possam preservar sua saúde, faz-se necessário identificar precocemente os fatores de risco que envolvem cada doença e intervir para seu controle, evitando complicações. Desta forma, torna-se clara a necessidade de atenção e atuação do próprio indivíduo, baseado principalmente no estilo de vida, no espaço em que vive e na promoção de sua própria saúde (TERRA, 2004).

É preciso pensar mais em saúde do que em doença. E pensar em promoção de saúde é pensar grande, é movimentar ações da área de saúde com outras áreas do município como educação, meio ambiente, segurança de emprego e renda, entre outros, tentando elevar a qualidade de vida da população e garantindo desta forma a sua cidadania (BRASIL, 1997).

O reconhecimento da crise do modelo assistencial, no que diz respeito à saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2000).

O desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados estes programas (TRAD e BASTOS, 1998). Segundo Senna (2002), para que se consiga vencer este desafio, a temática da equidade vem ocupando um lugar de relevância na discussão das políticas sociais nas duas últimas décadas. O referido autor relata ainda que no campo da saúde, a conceituação de equidade tem sido objeto de amplo debate, englobando várias dimensões e

estimulando a discussão sobre sua operacionalização, seja para a busca de determinantes das desigualdades em saúde, seja para formulação de políticas e prioridades a serem implementadas. Em linhas gerais, pode-se dizer que o termo equidade refere-se a diferenças que são desnecessária, evitáveis e injustas.

Assim, baseado no princípio de assumir a mudança na assistência de saúde vigente e assumindo também o desafio da prática da equidade, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), este entendido como um modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal e reconhecida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes (BRASIL, 1997).

O PSF tem como ponto central a criação de vínculos e de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da área da saúde e a população. Desta forma o ideário do PSF assume como foco a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS, privilegiando a organização do sistema local, a aproximação dos serviços com sua própria realidade e envolvendo os atores sociais desta mesma realidade. Portanto, o controle social e a participação popular se fortalecem à medida que o programa se amplia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Atualmente o fisioterapeuta apresenta-se ainda com pouco destaque de atuação na atenção primária e principalmente no PSF. Este programa não inclui o fisioterapeuta como profissional participante de uma equipe mínima. Alguns autores levantam a possibilidade de inclusão deste profissional, porém ainda não está bem estabelecida a real necessidade do mesmo nesta prática, sendo seu instrumento de atuação fixado na ação reabilitadora (RAGASSON *et al.*, 2003).

Com base no dimensionamento das mudanças da prática assistencial à saúde vigente no país, assim como da integração e direcionamento da atuação dos profissionais a estas mudanças, torna-se necessário localizar o fisioterapeuta como promotor da saúde e como membro atuante deste contexto.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 UM RELATO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Até a metade do século XX, o sistema de saúde brasileiro atendia as necessidades da economia do país, para a qual se exigia uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar as exportações. Este modelo de saúde era então denominado ‘sanitarismo campanhista’ (MENDES, 1999).

A partir da década de 60, o modelo assistencial passou a valorizar o indivíduo, adotando-se uma assistência médico-privatista, onde as práticas curativa e especializada foram privilegiadas, em detrimento da saúde pública. A ampliação da rede hospitalar, veio reforçar a concepção do processo de saúde-doença no qual todos os problemas de saúde tinham a solução em um sistema hospitalocêntrico (ASSUNÇÃO, 2003).

Em 1975, criou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que institucionaliza o modelo médico-assistencial privatista e definiu as competências das instituições públicas e privadas (MENDES, 1999). Segundo Escorel (1998), neste momento, ficou estabelecida a dicotomia entre as ações coletivas, coordenadas pelo MS e individuais, desenvolvidas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

No ano de 1980, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), coordenado pelo MS e MPAS, o que permitiria uma assistência integral à

população. Esse projeto foi inviabilizado por reações que surgiram na burocracia estatal e no setor privado (MENDES, 1991). Uma das medidas utilizadas para solucionar esta crise financeira foi a criação, pelo Decreto Lei nº 86.329, de 2 de setembro de 1981, do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), cuja principal finalidade era estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população (MENDES, 1999).

Segundo Assunção (2003), com as eleições diretas em 1982, houve intenso questionamento das políticas de saúde e formulação de propostas alternativas e a Nova República se instalou sob o consenso da crise do setor saúde e da necessidade de sua superação. De acordo com o referido autor, o consenso da crise sanitária se manifestou em determinados fatos, como a desigualdade no acesso e a inadequação dos serviços de saúde, a baixa produtividade dos recursos existentes, o crescimento elevado e descontrolado dos custos, a qualidade insatisfatória dos serviços e a insatisfação dos usuários. O autor relata ainda que neste primeiro ano da nova república, alguns avanços ocorreram, dentre eles, a concepção das Ações Integradas de Saúde (AIS), que era um programa de atenção médica como tantos outros que já vinham sendo executados, porém com princípios que levavam ao início de uma reformulação sanitária do país.

O primeiro plano nacional de desenvolvimento da nova república, preconizava que a expansão do Sistema de Saúde deveria ser um processo descentralizado que fortalecesse as estruturas estaduais, municipais e comunitárias na oferta de serviços de natureza local e regional. Neste momento, organizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi o evento político-sanitário mais importante da década de 80 (BRASIL, 1986).

Esta Conferência constituiu-se como o momento máximo do projeto da reforma sanitária definida por Mendes (1991) como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e

político-operativo, que objetive a eficiência, eficácia e equidade permanente através do incremento de sua base social, da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional.

Segundo Noronha & Levcovitz (1994), a nova Constituição brasileira preconizou grandes avanços na organização da oferta de serviços de saúde e na concepção do processo saúde-doença, onde buscou-se resgatar a dívida social frente à população brasileira pela sustentabilidade da política proposta.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 consolida essas mudanças ao definir saúde como

um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1991:11).

Este elemento novo, explícito no texto constitucional, trouxe a superação de um fato histórico arraigado na nossa sociedade, onde a saúde era vista como um direito que se adquire pelo trabalho. Essa conquista da saúde como um direito de cidadania foi fruto dos movimentos sociais na busca da instauração de nova política de saúde que transcendesse a visão micro da saúde incorporando-a dentro das políticas sociais. Desta forma, a mudança do modelo assistencial vigente até esse momento ocorre com a criação do SUS e com o processo de descentralização das ações de saúde nas três esferas do governo, regulamentada pela Lei Orgânica nº 8.080, em 19 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1991).

A necessidade de garantir a continuidade dessas conquistas sociais levou a várias propostas de mudanças nos últimos anos, como por exemplo, a criação dos distritos sanitários e os sistemas locais de saúde. Porém o que se observou é que essa estruturação dos serviços de saúde não estava sendo suficiente para promover mudanças significativas no modelo de assistência à saúde (ASSUNÇÃO, 2003).

Assim, o MS coloca em seu plano de ações e metas prioritárias as estratégias dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em 1991, e Saúde da Família em 1994. O PSF é considerado uma estratégia de mudança de modelo de assistência à saúde e tem como ponto central, a criação de vínculos e de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, dentro de um espaço geograficamente limitado. Porém, essa inversão só é possível por meio da mudança do objeto da atenção à saúde, deslocando-se do individual para o coletivo e da mudança de atuação e organização geral dos serviços, com a reorganização da prática assistencial dos profissionais em novas bases e critérios (BRASIL, 1997).

1.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A compreensão do que seja ‘Saúde’ é imprescindível para o desenvolvimento de estratégias que permitam aos serviços de saúde atuarem no nível promoção da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Neste sentido, as condições e os recursos fundamentais para atingirmos o proposto neste conceito são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2001a). Entretanto essa definição pode ser considerada no momento, ultrapassada, pois ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social (SEGRE E FERRAZ, 1997). De acordo com os referidos autores, esta definição de saúde é irreal, pois não é possível caracterizar a “perfeição”, pois a mesma não é definível.

Há o reconhecimento pela sociedade de que saúde não é uma conquista, nem uma responsabilidade exclusiva do setor, mas o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se articulam de forma particular em cada sociedade, a partir de conjunturas específicas, o que possibilita a existência de sociedades mais ou menos saudáveis. A Promoção da Saúde, a prevenção de doenças e o tratamento das enfermidades são as três principais estratégias destacadas por Buss (2002) para intervir no processo saúde-doença. Essas estratégias encontram-se situadas em campos de conhecimento bastante complexos e exigem esforços integrados para levá-las a melhorar a saúde das populações. Esse autor comenta ainda que muitas pessoas têm vidas saudáveis, mas que para isso são necessárias situações social, econômica e cultural favoráveis, ambiente saudável, alimentação adequada, prevenção de problemas específicos de saúde e informação.

Assunção (2003) diz que a percepção de que os problemas de saúde das diferentes sociedades não são decorrentes da capacidade da atenção médica curativa para manejar a enorme demanda, tem levado as sociedades buscarem novos caminhos para obter maior efetividade. Desta forma valoriza-se o reconhecimento de que a situação de saúde está intimamente ligada com o modo de vida do indivíduo e das populações. O dia-a-dia do indivíduo na sociedade é, portanto, o espaço onde se manifesta a articulação entre os processos biológicos e sociais que determinarão o seu processo saúde-doença naquela sociedade.

Buss (2002) divide a prática da promoção em dois grupos. O primeiro grupo é voltado para a transformação do comportamento do indivíduo, dirigida para o estilo de vida do mesmo, localizando-o no seio da família e, no máximo, no ambiente cultural. O segundo grupo está relacionado ao coletivo de indivíduos e ao ambiente no sentido amplo (ambiente físico, social, político, econômico e cultural). Dentro desse prisma apreende-se que para promover saúde não basta apenas a mobilização do setor saúde e da atuação dos profissionais

de saúde. É necessário haver políticas e ações intersetoriais com participação da sociedade e do poder público.

A promoção da saúde apresenta-se como uma das estratégias mais promissoras para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas, através de propostas que incluem a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000). Candeias (1997) define promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde.

Para Buss (1998), a promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis a qualidade de vida e saúde e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possa favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar. O referido autor considera ainda que o enfoque de promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macro-determinantes do processo de saúde-doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Já a prevenção das doenças buscaria que os indivíduos fiquem isentos das mesmas. Como a saúde não é apenas a ausência de enfermidades, os indivíduos sem evidências clínicas poderiam progredir a estados de maior fortaleza estrutural, maior capacidade funcional e maiores sensações subjetivas de bem-estar e objetivas de desenvolvimento individual e coletivo, sendo esta, em essência, o verdadeiro sentido da promoção da saúde propriamente dita.

De acordo com o autor, para o aspecto da prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência de doenças não é suficiente, já que frente a qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo

sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde ainda melhor e condições de vida mais satisfatórias.

Segundo Buss (2000), atualmente o termo promoção da saúde está associado inicialmente a um conjunto de valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, integralidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria; a um conjunto de estratégias como as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias inter-setoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Para o autor, particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde.

De acordo com Buss (1998) destaca-se então a grande valorização do conhecimento popular e da participação social conseqüente a este conhecimento como base da formulação conceitual e das práticas da promoção da saúde. O autor realça a importância da intersetorialidade, da participação social e responsabilidade da sociedade e associa a promoção da saúde ao desenvolvimento econômico e social e a uma melhor qualidade de vida, incluindo nessa ação um âmbito mais amplo que o usualmente coberto pelos serviços de saúde.

1.3 PREVENÇÃO DAS DOENÇAS

Leavell & Clark (1976) consideram que todos os indivíduos têm algum “grau” de saúde, seja quando se encontra em ótimas condições até quando estão enfermos. Segundo esses autores, a perda da saúde pode ser causada por agentes patológicos animados e inanimados, pelas características inerentes ou adquiridas pelo homem e pelos muitos fatores de meio ambiente em que o homem vive. Assim, a doença é vista como um processo contínuo, ocasionada pelo desequilíbrio entre forças biológicas, físicas, mentais e sociais.

Os referidos autores acreditam que o processo da doença acontece em dois períodos, denominados pré-patogênese e patogênese. O primeiro ocorre por meio da interação entre os fatores relacionados com o agente potencial, o hospedeiro e o meio ambiente. No segundo, a primeira interação do homem com os fatores determinantes da doença, sem que o equilíbrio seja restabelecido ou alcançado, resulta na mudança de forma e função, até um defeito, invalidez ou morte. A associação destes dois períodos, com vistas às ações preventivas, foi denominada a História Natural de uma Doença que compreende todas as inter-relações do agente, hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento. Assim, baseados na história natural, a prevenção da doença é dividida em três níveis: primário, secundário e terciário. Prevenção entendida como o ato de antecipar, preceder, tornar impossível por meio de uma providência precoce.

A prevenção primária, feita no período da pré-patogênese, desenvolve medidas de proteção específica do homem contra agentes patológicos ou estabelece barreiras contra os agentes do meio ambiente (ASSUNÇÃO, 2003). Trata-se, portanto, de um enfoque da promoção da saúde centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites (BUSS, 2000).

Na prevenção secundária, o processo patológico já está instalado (patogênese), portanto a mesma se dá por meio do diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado, procurando evitar as seqüelas e a invalidez. Posteriormente, na presença de defeitos ou invalidez, atua-se na prevenção terciária, por meio da reabilitação (ASSUNÇÃO, 2003).

Conforme Teixeira (2001), esta noção de “níveis de prevenção” foi incorporada ao discurso da medicina comunitária, na década de 60, e serviu de orientação para o estabelecimento de “níveis de atenção” no sistema de serviços da saúde, o que foi amplamente difundido com o movimento da Saúde Para Todos no Ano 2000 e da Atenção Primária à Saúde (APS). Nos países em desenvolvimento, a APS vem subsidiando a elaboração e implementação de políticas de descentralização da gestão e redefinição da oferta de serviços nos sistemas de saúde, constituindo-se um dos eixos das propostas de reforma por meio da implantação de programas de saúde da família.

Segundo Assunção (2003), o modelo biomédico hegemônico e o desenvolvimento de práticas de saúde centradas no cuidado individual, com a incorporação de tecnologia de produção extremamente desenvolvida e de elevados custos, têm gerado a necessidade de reformas dos sistemas de saúde.

No Brasil, a maior parte das propostas de reforma do modelo médico-assistencial, têm como centro de discussão a integração entre as ações coletivas e individuais, tomando como base a concepção ecológica, baseado na tríade agente-hospedeiro-ambiente, do processo saúde-doença e a organização dos níveis de prevenção e níveis de atenção à saúde em sistemas descentralizados, hierarquizados e regionalizados (TEIXEIRA, 2001).

Para o referido autor, no momento atual, a tensão conceitual e a política em torno de distintas abordagens acerca do processo saúde-doença e das formas de organização social que respondem aos problemas e necessidades de saúde, evidenciam-se em duas

tendências na produção científica em saúde, originando várias propostas e estratégias de ação no âmbito da atenção médica, da saúde pública e da saúde coletiva.

Segundo Gentile (1999), no Brasil, mesmo com os avanços obtidos com as conferências de saúde, ainda estamos centrados dentro do próprio setor de saúde na tentativa de organização dos serviços e na adequação dos recursos disponíveis para o financiamento do sistema.

A expansão da estratégia da saúde da família, na qual a promoção da saúde é uma das principais ações desenvolvidas pela equipe, pode significar a transformação da realidade brasileira (BRASIL, 2001b).

1.4 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A atenção à saúde no Brasil vem sofrendo o efeito de graves distorções, que explicam a atual crise do setor. O país tem um importante segmento da população que se encontra totalmente excluído de qualquer cuidado de saúde. A população assistida ainda é submetida a uma grande desigualdade da qualidade de atenção, havendo um pequeno segmento que utiliza toda a tecnologia moderna disponível e outro segmento que recebe uma atenção limitada (BRASIL, 2001b).

Um dos maiores desafios a serem vencidos para a reorganização do SUS é a construção de redes assistenciais que garantam serviços básicos resolutivos e continuidade da atenção, mediante a oferta organizada de serviços de média e alta complexidade, assegurando o acesso ao sistema segundo as necessidades da população (BRASIL, 2004).

O PSF é parte integrante do sistema de saúde e se constitui como unidade prestadora de serviços atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde. A exigência de um novo modelo se faz pela necessidade de melhorar efetivamente os níveis de saúde da população. O PSF tem este objetivo e elege como estratégia, além da ampliação do horizonte de compreensão dos vários elementos relacionados ao processo saúde/doença, o aprofundamento dos laços de compromisso e co-responsabilidade entre instituições, profissionais de saúde e população (SES /MG).

O PSF se constitui, dentro da política de saúde, estratégia fundamental para a reestruturação do modelo assistencial dominante, buscando transformá-lo e superá-lo através da mudança do objeto de atuação, mudança da forma de atuação e mudança da organização geral dos serviços (SES/MG). Assim, a família passa a ser o objeto de atuação do PSF e é entendida a partir do espaço em que vive, estuda e trabalha, trazendo a dimensão mais presente do seu contexto social e histórico, e, o indivíduo, na sua integração à família e à comunidade, pode assumir a posição efetiva de sujeito do processo saúde/doença. De acordo com o MS (BRASIL, 2001a), a estratégia de saúde da família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Esta mudança do modelo atual, que centra a atenção na doença, para o modelo da saúde da família, que centra a atenção na saúde, vem romper as práticas que fundamentavam as antigas organizações: em vez de mega-estruturas com planejamento e um controle centralizado, este novo modelo elege espaço estratégico do domicílio/comunidade. Com isso são valorizadas várias discussões que se perdiam na centralização, como os horizontes históricos e geográficos dos diversos grupos, a cultura, o trabalho, o lazer e tudo que torna significativa uma relação social. Esta mudança de um modelo para outro significa

um processo de transformação das práticas sanitárias, o que revela o caráter de construção que deve estar presente nesta transição (SES/MG).

O modelo de atenção do PSF pressupõe três abordagens fundamentais: globalidade, continuidade e longitudinalidade, significando conhecimento mais profundo da clientela do território abrangido e da cultura local. A equipe de profissionais do PSF deve ser centrada na comunidade, contrapondo-se ao modelo tradicional de atendimento, que é centrado no profissional. A equipe deve abordar toda a população de maneira ativa, indo ao domicílio, ao trabalho e à escola onde estão os cidadãos, não esperando que eles procurem o posto de saúde ou hospital (BRASIL, 2001a).

Segundo Santana e Carmagnani (2001), as vantagens do PSF são evidentes principalmente no aspecto da construção do vínculo entre família (paciente) e os integrantes da equipe, ocorrendo o desaparecimento das razões que levam à impessoalidade, descontinuidade e desresponsabilização da relação profissional de saúde e usuário de serviços. A visita domiciliar, que é uma importante atividade e que de certa forma caracteriza o diferencial do trabalho no programa, possibilita o conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e constrói um forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias (BRASIL, 2004). Desta maneira, a implantação do PSF, permite integrar ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Esta atuação integralizadora traz como consequência maiores benefícios, possibilitando atender melhor as necessidades sociais (SES/MG). A unidade de saúde da família tem a característica de porta de entrada do sistema de saúde local, não significando necessariamente a criação de novas estruturas de assistência à saúde, exceto em locais desprovidos da mesma, mas sim a substituição de práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde (BRASIL, 1997).

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os participantes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (ASSUNÇÃO, 2003).

De acordo com o MS, sugere-se que seja feito um amplo investimento no primeiro nível de atenção – a atenção básica – com o intuito de possibilitar a organização e o adequado funcionamento dos serviços de média e de alta complexidade, sem perder de vista o compromisso da integralidade, buscando desta maneira acabar com as filas, com o consumo abusivo e inadequado dos medicamentos e com uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia (BRASIL, 2001b).

Segundo o MS (BRASIL, 2000), os problemas mais comuns devem ser resolvidos na atenção básica, deixando que os ambulatórios de especialidades e os hospitais cumpram com competência seu verdadeiro papel, significando desta forma uma maior satisfação dos usuários e utilização racional dos recursos existentes. Diante deste contexto, o PSF apresenta-se como uma alternativa de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer.

Para a operacionalização deste modelo, é imprescindível que sejam considerados princípios voltados para a perspectiva de um trabalho organizado, a partir de programação e planejamento local em conjunto com a participação da comunidade, articulado com outros órgãos governamentais e não governamentais, de co-responsabilidade na proposição e execução das ações, na priorização de problemas a serem solucionados e no impacto do resultado (SES /MG), pois, embora rotulado como programa, o PSF foge à

concepção usual dos demais programas concebidos pelo MS, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde (BRASIL, 1997).

A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos ACS. A organização de uma equipe de saúde da família (ESF) deve ser composta, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, e torna-se o principal instrumento para a consolidação do Programa de Saúde da Família, por trabalhar com a família, em uma área adstrita e ter acesso ao modo de vida dessa população. É recomendado que cada ESF acompanhe entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas (BRASIL, 2001a).

De acordo com o MS, a implantação do PSF depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter à proposta ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. A implantação do PSF requer a existência de determinadas etapas como identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa e mapear o número de habitantes em cada área, calcular o número de equipes comunitárias necessárias, adequar espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa, solicitar formalmente às Secretarias Estadual de Saúde a adesão do município ao PSF e selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa (BRASIL, 2001b).

Para o MS, a estratégia de saúde da família constitui-se uma missão, assumindo o desafio de colocá-la em seus planos e metas prioritárias, através do processo de reorganização da atenção básica em saúde, já que as mesmas constituem uma realidade concreta no contexto de mudança do modelo de saúde assistencial do país. Um ponto

importante a ser destacado, é a rotulação equivocada da identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. (BRASIL, 1997).

A composição multiprofissional das equipes constitui-se uma das diretrizes mais importantes do PSF, com o propósito de ampliar o conhecimento e as possibilidades de intervenção sobre os processos saúde-doença, de modo a atender as necessidades da população (BRASIL, 2004).

Para o melhor enquadramento da estratégia do PSF como uma proposta substitutiva das práticas tradicionais, é necessário entender que a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais, principalmente no que diz respeito à equidade. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o PSF um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial (BRASIL, 1997).

O PSF neste sentido, favorece o estabelecimento de novas relações, em que cada parte atuante é sujeito do processo, tendendo com que o paciente deixe de ser objeto de ação, enquanto que o profissional, de qualquer instância, passe a compreendê-lo enquanto ser político, social, psico-biológico, cultural e contextualizado no ambiente em que vive. Desta forma, é possível ocorrer uma mescla entre o saber científico e o saber popular, produzindo então ações que possam agir efetivamente nos determinantes do processo saúde-doença da população (BRASIL, 2001a).

1.5 ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA E ATUAÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Uma série de mudanças no campo político, econômico, social e ético está afetando, de forma profunda, os sistemas de saúde, em nível mundial. Torna-se imperativo reconhecer que a realidade tem a ver com o atendimento às necessidades populacionais e que tal realidade encontra-se determinada e articulada com a cultura das instituições formadoras, com o processo que concebe a educação dos profissionais e com o cenário que envolve o mundo do trabalho em saúde (PIANCASTELLI, 2001).

As mudanças no sistema de saúde vigente exigem um diferencial no perfil dos profissionais, que devem estar aptos a trabalhar em equipe, com a incorporação de uma visão epidemiológica juntamente com a valorização social (SAMPAIO *et al.*, 2004), promoção da saúde, prevenção de doenças e incapacidades (SAMPAIO, 2002b).

De acordo com Sampaio (2002a), a reorientação dos modelos assistenciais do SUS tem como eixo central a vigilância à saúde, e, mais recentemente a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesta nova proposta de saúde da família, o distrito sanitário abrange os três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. O autor refere ainda neste sentido, que a promoção da saúde é entendida como as ações modificadoras do estilo de vida, como adoção de hábitos saudáveis como tentativa de reduzir os riscos de adoecer e morrer.

O fisioterapeuta até pouco tempo atrás apresentava pouco destaque profissional na atenção primária à saúde. Os currículos dos cursos de fisioterapia existentes no Brasil priorizavam a ação curativa, valorizando pouco o modelo assistencial vigente, dificultando a inserção do fisioterapeuta na saúde pública (RAGASSON *et al.*, 2003). Esta redução do destaque da fisioterapia nos serviços básicos de saúde refere-se à maioria das vezes pela sua

atuação, que excluía os serviços de prevenção e promoção da saúde (VEIGA *et al.*, 2004), evidenciando sua atuação profissional em hospitais, clínicas e consultórios privados (SAMPAIO, 2002a).

Uma das principais dificuldades encontradas com respeito a inserção do fisioterapeuta, não apenas no PSF, mas na saúde pública, diz respeito à formação inicial e a criação da profissão, que apresentava um caráter reabilitador, com atuação na atenção terciária, enraizada devido a grande demanda inicial por reabilitação, inerente a história da criação do curso (RAGASSON *et al.*, 2003). Assim, o trabalho da fisioterapia é uma nova forma de atuação na promoção da saúde nos serviços públicos, e desta forma, passa por dificuldades técnicas, necessitando de adaptações e esforços (VEIGA *et al.*, 2004).

O exercício profissional do fisioterapeuta, entendido de uma forma integrada da equipe da saúde, se coloca como um elemento de controle do processo saúde-doença física e mental, nas suas formas de ações educacionais, preventivas e reabilitadoras. Em sua missão maior, solidária e social, a profissão do Fisioterapeuta busca o alívio do sofrimento e a plenitude da saúde das pessoas e da coletividade (CREFITO-4, 1997).

O Decreto Lei nº938 de 13 de Outubro de 1969, D.O.U. nº197 de 14/10/1969, no art.3º, diz que *é atividade privativa do Fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente*. De acordo com o Código de Ética Profissional de Fisioterapia aprovada pela Resolução COFFITO-10, de 03 de julho de 1978, no capto.I, art.1º, das Responsabilidades fundamentais, *o Fisioterapeuta presta assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde*. Com bases na Resolução do COFFITO-8, que aprova as Normas para habilitação ao exercício da profissão do Fisioterapeuta, de 14 de março de 1978, no capto.I, art.2º, parágrafo I, *constituem atos privativos ao Fisioterapeuta o planejamento, a programação, a ordenação, a coordenação, a execução e a supervisão de*

métodos e técnicas fisioterápicos que visem a saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária (CREFITO-4, 2002).

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado, principalmente à criação da profissão, voltando-se apenas para uma parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas seqüelas. Essa lógica de conceitualização, durante muito tempo, exclui da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção primária (RIBEIRO, 2002). Este autor refere ainda que os profissionais da área da saúde precisam ter competência técnica e compreensão dos problemas de saúde da comunidade onde atuam e tenham a noção do amplo significado do que seja assistência à saúde.

Segundo Rebelatto (1998), para que os fisioterapeutas tenham uma melhor qualidade de atuação, depende em grande parte, do que é ensinado na formação destes profissionais, mas por outro lado depende também de quanto os docentes e responsáveis por estes cursos são capazes de transformar o conhecimento disponível em comportamentos profissionais e das próprias características de qualidade e quantidade do conhecimento disponível.

Segundo Veiga *et al.* (2004), a Fisioterapia atualmente está definida como ciência da saúde voltada ao estudo, prevenção e terapêutica dos distúrbios cinéticos funcionais dos órgãos e sistemas do corpo humano.

Sampaio *et al.* (2004) relatam que para integrar a construção do SUS, a fisioterapia, deve formar profissionais que sejam capazes de lidar com promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como prestar assistência curativa e reabilitadora. Desta forma torna-se necessário haver mudanças no processo de formação deste profissional, tendo em vista as novas propostas de enfrentamento das questões de saúde colocadas na atualidade.

A fisioterapia, segundo Ragasson *et al.* (2003), apresenta uma missão primordial, de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta. O atendimento domiciliar, é imprescindível ao trabalho de atenção primária do profissional fisioterapeuta, pois é quando depara-se com a realidade das pessoas, com todo o contexto, verificando suas atividades de vida diária, suas limitações e a partir daí proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso.

Véras *et al.* (2004) descrevem a fisioterapia como a ciência do movimento em todas as suas formas de expressão e potencialidade, visando o restabelecimento máximo da capacidade funcional do indivíduo. Os autores destacam ainda que o fisioterapeuta é um profissional que visa a saúde funcional do indivíduo, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças, visando a melhoria da qualidade de vida.

Nas últimas décadas, estudos estatísticos demonstram uma mudança importante no quadro de doenças com o aumento na incidência das doenças crônicas e degenerativas (RAGASSON *et al.*, 2003). Estas mudanças no perfil epidemiológico da população se devem, principalmente, ao aumento da expectativa média de vida da população.

Segundo estes autores, o fisioterapeuta é um membro importante da equipe de saúde, mas como os demais membros da equipe apresenta, também aptidões e competência inerentes a sua formação profissional como: executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida, dentre elas, tratamento de pacientes com AVC e realizar atendimentos domiciliares em pacientes portadores de enfermidades e seqüelas crônicas e/ou degenerativas, pacientes acamados, assim como orientá-los e a seus cuidadores.

Jette *et al.* (2005) relataram, após estudos realizados com a intervenção fisioterapêutica em pacientes de difícil reabilitação pós AVC, que a atuação fisioterapêutica insere-se neste contexto de uma forma eficaz e de grande importância com os treinamentos de atividades, que incluem: atividades de marcha, treino de equilíbrio, treino de consciência

corporal, aprendizado motor, atividades funcionais, exercícios de fortalecimento, atividades de transferência dentre outros. Segundo Maciel e Guerra (2005), é neste contexto que a fisioterapia configura-se como recurso capaz de analisar e implementar programas de intervenção para evitar e se contrapor a muitas das alterações e deficiências encontradas em pessoas com AVC, melhorando desta forma sua capacidade de saúde geral. Os referidos autores destacam ainda que a intervenção fisioterapêutica compreende a reabilitação, a promoção do bem-estar, a melhoria ou manutenção das capacidades funcionais, a prevenção das limitações e melhoria da qualidade de vida, atuando desta forma nos níveis de prevenção primário, secundário e terciário.

Veiga *et al.* (2004) defendem o vasto campo de atuação para o fisioterapeuta na saúde pública, centrando suas ações na prevenção e no agravamento de doenças e maus hábitos que possam prejudicar a saúde dos indivíduos, podendo desta forma, promover uma melhor qualidade de vida à comunidade. Segundo Sampaio *et al.* (2003), a pequena experiência da fisioterapia na atenção primária em conjunto ao reduzido número destes profissionais atuando nesta área, têm resultado em desconhecimento das inúmeras possibilidades de atuação do fisioterapeuta por outros profissionais de saúde, gestores e pela própria população.

De acordo com Sampaio *et al.* (2004) a atuação do fisioterapeuta nas ações de prevenção e educação em saúde, é essencial para a melhor qualidade de vida da população, assim como as intervenções dos mesmos no atendimento domiciliar, podem produzir um impacto positivo na relação do paciente com o meio físico e social. Vêras *et al.* (2004) destacam ainda que a partir da nova concepção de saúde enquanto qualidade de vida e não mais ausência de doença, o fisioterapeuta insere-se no sistema de atenção básica numa nova perspectiva de atuação na promoção da saúde em sua totalidade.

De acordo com a experiência de atuação do fisioterapeuta como membro da equipe da ESF em Sobral/CE, Vêras *et al.* (2004) destacam o objeto de ação dos

fisioterapeutas neste campo com o objetivo geral de promover a qualidade de vida do indivíduo em todos os ciclos de vida, tendo a integridade do movimento como essência e expressão desta. Os autores destacam como objetivos específicos trabalhar a promoção da saúde visando a integridade do movimento baseado na realidade das necessidades do território, prevenir os distúrbios cinésiológicos-funcionais, tratar e reabilitar as principais alterações do movimento mais incidentes, realizar atendimento domiciliar em pessoas restritas ao leito através da assistência fisioterapêutica e orientação aos familiares, dentre outros.

Segundo os referidos autores, é importante salientar que a atuação do fisioterapeuta é parte integrante e inseparável da saúde geral, e toda a saúde geral está relacionado com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e informação.

De acordo com a portaria do MS nº1065, os municípios com mais de 40 mil habitantes, vão contar, além da atuação da equipe mínima, com núcleos de ação integral do PSF, do qual fazem parte o fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional. Segundo técnicos do MS, os núcleos vieram para preencher um hiato que havia na atenção básica, para compor mediante o acréscimo da equipe multidisciplinar, a construção de novas práticas em saúde frente aos problemas identificados nos PSF (COFFITO, 2005).

As várias experiências do PSF em desenvolvimento em todo o país, têm produzido melhoras sobre a situação de saúde e satisfação da população. Com isso há existência de um capital organizativo considerável e participações políticas, institucionais e sociais mais efetivas, com capacidade de introduzir mudanças mais permanentes no modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Neste programa, a família que passa ser o objeto principal de atenção, passa a ser entendida a partir do ambiente onde vive, muito mais que uma delimitação geográfica,

pois é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios, pois deixam de ser apenas uns olhares técnicos, científicos e políticos e passam a romper com as formas tradicionais de saúde vigente (BRASIL, 1997).

Diante do exposto, muitos questionamentos têm sido feitos, várias são as dúvidas e os porquês de como são empregados os trabalhos dos profissionais de saúde junto às famílias, as dificuldades encontradas, sejam de recursos humanos e/ou de políticas públicas eficientes e eficazes.

1.6 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC constitui-se uma patologia de alta incidência, acompanhada de uma elevada taxa de mortalidade e considerado uma causa primária de incapacidades após sua instalação, com a prevalência de aproximadamente 900 em cada 100 mil pessoas no ocidente (BUENO *et al.*, 1999, PATTEN *et al.*, 2004). Cerca de 600 novos casos de AVC ocorrem nos Estados Unidos a cada ano, significando uma parcela de mais da metade de todos os pacientes agudos admitidos em hospitais, acarretando um custo de 30 bilhões com os cuidados de saúde e perda de produtividade dos mesmos (LAUFER, 2003). O AVC é uma causa importante de morbidade em nosso meio, sendo a terceira principal causa de morte nos países industrializados (GAGLIARDI *et al.*, 2001; RADANOVIC, 2005; TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2000). Segundo a OMS, mais de cinco milhões de pessoas morrem todos os anos devido

ao AVC (CHAGAS e MONTEIRO, 2004), apresentando-se como o distúrbio neurológico mais comum em adultos nos Estados Unidos (LAUFER, 2003).

As evidências clínicas demonstram que no Brasil a incidência do AVC é alta, principalmente entre indivíduos idosos, e está associado a uma taxa de sobrevivência que declina de acordo com o avanço da idade, de 79% dos 75 aos 84 anos para 67% acima dos 85 anos (TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2000, NEVES *et al.*, 2004, PATTEN *et al.*, 2004). A partir de 1996, o AVC vem se constituindo no Brasil como uma das principais causas de internações, incapacidades e mortalidade, superando até mesmo as doenças cardíacas e o câncer (BOCCHI e ANGELO, 2005). Segundo os referidos autores, desde a década de 1940, o Brasil vem passando por um processo de inversão das curvas de mortalidade na qual ocorre um aumento por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente o AVC. Os autores relatam ainda que mesmo quando não são fatais, estas patologias levam com frequência a deficiência parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e a sociedade, mostrando que o investimento na prevenção destas doenças é decisivo não só para garantir a qualidade de vida aos indivíduos e seus familiares mas também para se evitar gastos com a hospitalização dos mesmos.

Segundo Rowland (1997), o AVC, frequentemente é mais incapacitante que fatal, o que ocasiona custos enormes, medidos tanto em atendimento à saúde como em perda de produtividade. Chagas e Monteiro (2004) consideram o AVC como a primeira causa de incapacitação e redução da qualidade de vida, caracterizando esta patologia como a principal causa de deficiência neurológica séria na prática clínica.

Os aspectos patológicos que resultam de um AVC podem ser divididos em três grupos: infarto trombótico, onde placas ateroscleróticas e a hipertensão interagem para produzir os infartos cerebrovasculares; infarto embólico, devido a presença na circulação de um êmbolo que pode vir do coração, de uma trombose arterial da carótida interna ou de uma

placa ateromatosa no trato da carótida; hemorragia, na qual as hemorragias intracranianas mais comuns que causam o AVC são devidas à hipertensão, aneurisma sacular roto e malformação arteriovenosa (UMPHRED, 2004). O AVC pode ser definido como o início abrupto ou em forma de crise de sintomas neurológicos focais ou globais causados por isquemia ou hemorragia no cérebro ou a sua volta (RADANOVIC, 2005) e pode levar a distúrbios incapacitantes, como alterações do campo espacial e visual, alterações na fala, alterações na sensibilidade, alterações na marcha, dificuldades de execução de AVD, alterações do humor, dentre outras. A hemiplegia é uma paralisia de um lado do corpo e é o sinal clássico da doença neurovascular do cérebro (COSTA *et al.*, 2001). Em decorrência do AVC, o indivíduo desenvolve a espasticidade que nada mais é que a hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento dependente da velocidade, o que leva a uma diminuição do controle dos movimentos voluntários do paciente (JUNQUEIRA *et al.*, 2004).

Pires *et al.* (2004) e Zétola *et al.* (2001) relatam que a probabilidade de ter um AVC aumenta com a idade, e, o fator de risco mais evidente é a hipertensão arterial. De acordo com os referidos autores, a hipertensão arterial sistêmica é significativamente freqüente entre pacientes idosos com AVC isquêmico, independente do sexo e faixa etária. Os autores relatam ainda que outros fatores de risco significantes são: cardiopatias, *diabetes mellitus*, dislipidemias, dieta rica em sal e tabagismo, sendo, a via final comum para todos estes fatores, a doença arterial denominada aterosclerose, que se caracteriza pela deposição de colesterol e outras substâncias na parede das artérias, podendo desta forma deslocar-se, formando um êmbolo ou ocluir completamente o vaso.

Segundo Stokes (2000), seja qual for a causa do AVC, uma proporção dos pacientes se recupera em certo grau. De acordo com Gagliardi *et al.* (2001) e Patten *et al.* (2004), a recuperação está relacionada com o local, a extensão e a natureza da lesão, com a integridade da circulação colateral e o estado pré-mórbido do paciente. Segundo os referidos

autores, os danos provenientes nas lesões por infarto isquêmico, apresentam-se subitamente, ficando visível, de imediato, toda a sua extensão, o que, em contraste com AVC hemorrágicos, a extensão da lesão parece maior no início, devido à inflamação localizada que circunda o local de sangramento. Os autores relatam ainda que os três primeiros meses são um período crítico, no qual a maior parte da recuperação deve ocorrer, embora o potencial de melhora perdure por muitos meses. Com a plasticidade neuronal, a cada nova experiência do indivíduo, portanto, redes de neurônios são rearranjadas, outras tantas sinapses são reforçadas e múltiplas possibilidades de respostas ao ambiente tornam-se possíveis (COHEN, 2001). As mudanças organizacionais com a neuroplasticidade dependem da localização da lesão e são encontradas em ambos os hemisférios cerebrais, dependem de áreas lesadas e íntegras pré-existentes, processamento de redes difundidas e organizadas (KANDEL *et al.*, 1997). Teixeira-Salmela *et al.* (2000) relatam que a fisioterapia durante este período inicial deve ter por objetivo maximizar todos os aspectos da recuperação, para limitar a incapacidade residual e reduzir os impedimentos.

Segundo Davies (1996), as disfunções que se originam como resultado de um AVC no jovem e no adulto, não diferem fundamentalmente nos diferentes grupos etários. O tratamento e a reabilitação tornam-se mais difíceis com a progressão da idade, devido principalmente à presença freqüente de doença múltipla, múltiplas localizações, disseminação difusa da doença vascular, à plasticidade decrescente do sistema nervoso central (SNC) e à freqüente ausência de um parceiro ou parentes e amigos nos anos mais avançados. De acordo com Silvestre e Neto (2003), estudos populacionais têm demonstrado que cerca de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e que o principal problema que pode afetar o idoso, como conseqüência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Camargos *et al.* (2004) enfatizam o grande impacto negativo das doenças crônicas, como o AVC, na qualidade de vida das pessoas. Segundo os referidos autores, os sinais e sintomas clássicos e mais visíveis são efetivamente motores, porém, observa-se o acompanhamento conjunto de alterações sensitivas, psíquicas e cognitivas, o que certamente leva ao comprometimento de outras dimensões relacionadas à qualidade de vida. De acordo com Bocchi (2004) e Falcão *et al.* (2004), os déficits funcional e cognitivo, as mudanças de personalidade, de comportamento e de comunicação oriundos do AVC, geram níveis de incapacidades que comprometem não somente o paciente, mas a família e a comunidade, determinando os níveis de dependência por assistência e conseqüentemente, um desafio ao cuidador familiar. Segundo os referidos autores, cerca de 30 a 40% dos sobreviventes ficam impedidos de voltarem ao trabalho e requerendo algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas. Lavinsky e Vieira (2004) relatam que a larga utilização da família nos cuidados domiciliares aos pacientes com AVC é uma realidade, visto que a grande parcela de nossa população não dispõe de recursos financeiros que lhes permitam acrescentar no orçamento mensal a contratação de profissionais particulares para a prestação de tais cuidados.

Em um estudo realizado por Bruno *et al.* (2000), para caracterizar o perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Centro de Reabilitação da Escola Paulista de Medicina, mostra um predomínio da hemiplegia no sexo masculino e no hemicorpo direito. Segundo os referidos autores a principal etiologia foi constituída de lesão isquêmica. Fatores como a perda da iniciativa, alterações de humor, desorientação no tempo e no espaço também foram evidenciados nos pacientes participantes deste estudo. Segundo Lindquist *et al.* (2005), os hemiplégicos apresentam déficit no equilíbrio, propriocepção e controle motor seletivo, os quais restringem a habilidade para transferir e suportar o peso sobre o membro acometido, influenciando principalmente, a eficiência da marcha dos mesmos. Mortenson e Eng (2003)

descrevem as principais seqüelas advindas do AVC como sendo a mobilidade articular reduzida, hipertonia e contratura muscular.

De acordo com Teixeira-Salmela *et al.* (2000), os pacientes pós AVC apresentam alterações sensitivas, cognitivas, motoras, fraqueza muscular, padrões anormais de movimento e descondicionamento físico. Segundo os referidos autores, estes déficits podem limitar a capacidade de realizar tarefas funcionais como deambular, fazer compras, subir escadas, autocuidar-se, e estas limitações, podem contribuir para uma pobre auto-estima, depressão, isolamento social e deterioração física. Segundo Terroni *et al.* (2003), essas limitações nem sempre se devem ao déficit neurológico em si. Complicações psiquiátricas têm sido indicadas como fatores determinantes da incapacitação do paciente após o AVC e dentre essas complicações a depressão é a mais prevalente e a que mais tem sido associada a um pior prognóstico. Desta forma, é necessária a intervenção de uma equipe multidisciplinar para o manuseio destes pacientes (NEVES *et al.*, 2004).

De acordo com Neves *et al.* (2004), a busca das melhores evidências disponíveis, integrada à experiência clínica, tem sido sugerida como a estratégia ideal e mais segura para a tomada de decisão em saúde. Segundo Sampaio *et al.* (2003), a conduta fisioterapêutica no AVC objetiva maximizar a capacidade funcional e evitar complicações secundárias, possibilitando ao paciente reassumir todos os aspectos da vida em seu próprio meio. Os autores afirmam que o fisioterapeuta tem um papel importante no trabalho com AVC, quando utiliza as habilidades que lhes são inerentes, para identificar e tratar, com princípios científicos, os problemas advindos desta patologia. Os referidos autores descrevem ainda que em uma equipe multiprofissional de saúde, os principais papéis do fisioterapeuta, além da pesquisa, são: restauração da função, prevenção de complicações secundárias e promoção da saúde do indivíduo em sua máxima totalidade, mediante seqüelas instaladas.

De acordo com Patten *et al.* (2004), o termo AVC denota a instalação da afecção e representa um dos aspectos mais graves da doença que o paciente se vê obrigado a enfrentar, ou seja, o profundo choque que o mesmo sofre, ao perceber que, de um momento para o outro, perdeu a capacidade funcional da metade do seu corpo. Segundo os referidos autores, o paciente, via de regra, perde o controle dos movimentos e seus membros lhe recusam a movimentação voluntária e por isso não é de se estranhar que ele se encontre transtornado pela perda deste comando voluntário, e que o mesmo se apresente deprimido, irritadiço, angustiado, apreensivo, já que na maioria das vezes é incapaz de prover as próprias necessidades, ou de enfrentar as tarefas normais cotidianas.

2 JUSTIFICATIVA

Apesar de inúmeros trabalhos apontarem a importância da atuação do fisioterapeuta na reabilitação de pacientes com seqüelas de AVC, ainda são escassas as informações a respeito do trabalho deste profissional em relação a estes pacientes na saúde coletiva, em especial no PSF. Torna-se necessário investigar a necessidade da atuação do fisioterapeuta na saúde coletiva e sua possível inclusão em uma equipe de saúde da família, sendo oportuno reunir, analisar e sistematizar as informações encontradas e, ao obtê-las, orientar e apontar diretrizes para esta inclusão, com o intuito de estender este modelo de atenção à prática dos fisioterapeutas.

3 OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil dos portadores de AVC vinculados ao PSF no município de Divinópolis, com vistas a identificar a demanda por cuidados fisioterapêuticos.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter transversal descritivo.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

4.1.1 Identificação e descrição do local da pesquisa

A realização do presente estudo foi nas 12 unidades básicas das equipes do Programa de Saúde da Família da cidade de Divinópolis-MG, após a autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município e pela coordenação do PSF do município (APÊNDICE B).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA (2003), o município de Divinópolis-MG, localizado na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, possui 190.796 habitantes (Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datasus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para anos intercensitários).

Segundo a SEMUSA (2003), a reorganização do modelo assistencial teve início em 1991 com a proposta de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no

município, através do Plano de Metas previsto no Plano Municipal de Saúde, e está centrada nas ações de saúde coletiva, em consonância com as diretrizes do SUS quanto à universalidade do atendimento, hierarquização dos serviços e ações de saúde, democratização da gestão com participação popular e regionalização do sistema. Segundo informações desta secretaria, o dimensionamento territorial dos serviços de saúde se dá no município de Divinópolis-MG, através de seis distritos sanitários, os quais são constituídos por hospitais, policlínica, pronto socorro regional, centros de diagnose, unidades básicas de saúde, PSF, farmácias básicas e unidade de referência em saúde mental.

O município desenvolve ações em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, com prioridade para as ações básicas de saúde, tendo o papel de referência para municípios vizinhos no tocante à alta e média complexidades (DIVINÓPOLIS, 2001).

De acordo com a SEMUSA (2003), o PSF no município está configurado como programa paralelo, utilizando o Centro de Saúde como referência para especialidades médicas e os demais segmentos de atenção ambulatorial. O PSF de Divinópolis, como estratégia integrante do nível de atenção primária, foi implantado a partir de 1996, sendo considerado na proposta de reestruturação do modelo assistencial como ‘a porta de entrada do sistema de saúde’, juntamente com as demais unidades básicas de saúde.

O município procurou alcançar, com a implantação do PSF, a reorganização do sistema de saúde, por meio da organização e do desenvolvimento da APS, de modo a agilizar, universalizar e otimizar os serviços, criando uma mentalidade clínico-epidemiológica nos profissionais de saúde, consolidando a distritalização e descentralização das ações, além de incentivar a participação popular, cooperando para o desenvolvimento da cidadania (GONTIJO, 1998).

O processo de organização do PSF de Divinópolis se deu a partir da seleção das áreas de abrangência, priorizando-se as áreas rurais e urbanas periféricas, devido ao fato

de concentrarem um contingente populacional mais exposto ao risco de adoecer, em decorrência de piores condições de vida. Além disso, foi considerado pelo município o interesse e a mobilização comunitária em torno da proposta do PSF (ASSUNÇÃO, 2003).

Atualmente contamos com 12 ESF, sendo que quatro se encontram na zona rural (cobertura de 100% da população), sendo elas as ESF Burity, Quilombo, Djalma Dutra e Jardinópolis e oito na zona urbana, sendo elas as ESF Belvedere, Morada Nova, Santos Dumont, São Paulo, Santa Lúcia, Vale do Sol, Osvaldo Machado Gontijo e Serra Verde, totalizando uma cobertura a 32.124 pessoas, perfazendo-se num total de 21.6% de cobertura da população do município. (SEMUSA, 2003).

O número de profissionais que compõem as ESF de Divinópolis-MG, de acordo com cada categoria profissional será demonstrado a seguir no Quadro 1.

Quadro 1 - Número de profissionais que compõem as ESF de Divinópolis-MG, de acordo com a categoria profissional.

Equipe de Saúde da Família	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem	Agente Comunitário De Saúde	Odontólogo	Auxiliar de Consultório Dentário	Técnico de Higiene Dental	Psicólogo
PSF Burity	01	01	01	04	01	01	-	-
PSF Belvedere	01	01	01	04	-	-	-	-
PSF Quilombo	01	01	01	04	01	01	-	-
PSF Morada Nova	01	01	01	04	-	-	-	-
PSF Djalma Dutra	01	01	01	04	01	01	-	-
PSF Santos Dumont	01	01	01	06	-	-	-	-
PSF São Paulo	01	01	01	04	-	-	-	-
PSF Jardinópolis	01	01	01	04	01	01	-	-
PSF Santa Lúcia	01	01	01	04	-	-	-	-
PSF Vale do Sol	01	01	01	04	-	-	-	-
PSF Osvaldo Machado	01	01	01	04	01	01	01	01
PSF Serra Verde	01	01	01	04	-	-	-	-
TOTAL	12	12	12	50	05	05	01	01

Fonte: SIAB / Ações Básicas: Julho/2003

4.2 LEVANTAMENTO DA POPULAÇÃO

Foi realizado um levantamento do número de indivíduos acometidos por AVC, cadastrados no PSF no município de Divinópolis, através das informações obtidas pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

O SIAB foi criado para permitir o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas pelas equipes do PSF. Este sistema agrega os dados e processa as informações sobre a população acompanhada, servindo como uma importante ferramenta para o planejamento das ações da equipe (BRASIL, 2004).

O SIAB realiza o monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas no PSF através dos dados cadastrais das equipes de saúde da família e dos dados cadastrais das famílias acompanhadas pelo PSF. A não alimentação do SIAB, por um período de dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, implica na suspensão do cadastramento do programa. Isso ocorre, uma vez que a alimentação dos referidos sistemas é condição obrigatória para que o município se mantenha habilitado no Piso de Atenção Básica (PAB), e estar habilitado em uma das condições de gestão do PAB previsto na Norma Operacional Básica, é uma das condições para implementação do PSF (BRASIL, 2001b).

O referido levantamento foi realizado através das séries históricas dos marcadores da Zona Geral do modelo PSF no município de Divinópolis e dos marcadores do modelo de cada PSF, a partir do início do funcionamento do serviço de informatização do PSF de Divinópolis pelo SIAB desde janeiro de 1999 até julho de 2005.

4.2.1 Série histórica dos marcadores da Zona Geral do modelo PSF

Através da série histórica dos marcadores da zona geral do modelo PSF obtém-se o número total de indivíduos acometidos por AVC em todo o PSF do município. Os indivíduos são registrados através do relatório de produção e de marcadores para avaliação, utilizado pelos agentes comunitários de saúde durante a visita domiciliar, que então registra o episódio da sua patologia (ANEXO A).

Desta forma, o levantamento do número total de indivíduos acometidos por AVC através da série histórica dos marcadores da zona geral do modelo PSF, compreendido no período de Janeiro/1999 até Julho/2005 foi de 82 pacientes, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 - Número total dos portadores de AVC em todo o PSF do município.

ANO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
NÚMERO DE CADASTROS DE AVC	2	6	12	22	17	14	9	82

4.2.2 Série histórica dos marcadores do modelo PSF

Após o levantamento do número total de indivíduos por AVC, foi realizado um levantamento para verificar a distribuição destes 82 indivíduos em cada PSF, através da série histórica dos marcadores do modelo PSF, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - Número total dos portadores de AVC por PSF do município

PSF / ANO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL/ PSF
OSVALDO MACHADO GONTIJO	0	1	2	1	3	0	0	7
SERRA VERDE	0	0	2	4	2	3	0	11
BURITIS	1	0	2	3	0	0	0	6
DJALMA DUTRA	1	1	0	0	0	0	1	3
QUILOMBO	x	1	3	3	0	1	1	9
JARDINÓPOLIS	x	3	1	1	1	2	1	9
SANTA LÚCIA	x	x	1	2	0	5	2	10
MORADA NOVA	x	x	0	2	2	0	1	5
SANTOS DUMONT	x	x	1	3	4	1	1	10
BELVEDERE – BELA VISTA	x	x	0	2	3	1	1	7
SÃO PAULO	x	x	0	1	2	1	1	5
VALE DO SOL	x	x	x	x	x	0	0	0
TOTAL POR ANO	2	6	12	22	17	14	9	82

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população potencial deste estudo, de acordo com o levantamento através do SIAB foi então, constituída de 82 portadores de AVC, devidamente cadastrados no PSF do

município de Divinópolis-MG. De acordo com os critérios de inclusão, esta população passou então a ser constituída de 65 portadores de AVC, sendo 17 excluídos.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no presente estudo os portadores de AVC, cadastrados no PSF de Divinópolis-MG, no período de janeiro de 1999 até julho de 2005, com confirmação do diagnóstico médico no prontuário e aceitação dos mesmos para participar da pesquisa. A exclusão dos 17 indivíduos foi devido a ocorrência de 14 óbitos, dois indivíduos com mudanças de endereço e conseqüente desvinculação do programa e um indivíduo que não aceitou participar da pesquisa.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIFRAN (ANEXO B) e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis e pela coordenação do PSF do município (APÊNDICE B). Após autorização das mesmas e realização do plano piloto, a pesquisadora submeteu-se ao exame geral de qualificação, no qual o projeto de pesquisa da mesma foi aprovado pelos componentes da banca examinadora (ANEXO C).

A inserção da pesquisadora no universo do PSF do município, ocorreu através de uma reunião na Secretaria Municipal da Saúde, agendada pela coordenação do PSF do município, para a apresentação oficial da pesquisadora e explicação do projeto pela mesma, na qual estava presente uma pessoa representante de cada PSF.

Após o levantamento numérico dos indivíduos cadastrados no PSF pelo SIAB, foi confirmado o diagnóstico médico através da observação do prontuário dos mesmos, nas respectivas unidades de instalação de cada PSF.

Após definição dos participantes, a pesquisa foi realizada pela própria pesquisadora, através de uma visita ao domicílio de cada indivíduo para a aplicação do protocolo de entrevista elaborado. Quando o indivíduo estava incapacitado de responder as questões da pesquisa, as mesmas eram respondidas pelo cuidador.(APÊNDICE C).

Todas as visitas foram agendadas pelos ACS, sendo, portanto com horário e datas previamente estabelecidos pelos agentes e todos os indivíduos e os cuidadores foram claramente informados pela pesquisadora sobre a pesquisa a ser realizada, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O protocolo de entrevista (APÊNDICE C), continha questões relacionados com as seguintes variáveis: a) Dados sócio-demográficos: nome, idade, sexo, raça, profissão atual e anterior, escolaridade, estado civil; b) Dados clínicos: diagnóstico clínico e cinesiológico-funcional, tempo de diagnóstico pós AVC, patologias associadas; c) Dados relacionados à aparência geral, comunicação e sensibilidade: aparência geral do indivíduo, aspectos

relacionados à sensibilidade e comunicação; d) Dados relacionados à mobilidade: locomoção, deambulação, estado acamado, mobilidade; e) Dados relacionados aos aspectos sociais: aspectos sociais e de lazer do indivíduo, acesso à rua e aspectos do ambiente onde o indivíduo reside; f) Dados relacionados às atividades de vida diária; g) Dados relacionados ao cuidador; h) Dados relacionados ao trabalho do fisioterapeuta: aspectos acerca do conhecimento do paciente em relação ao trabalho da fisioterapia, aspectos acerca do tratamento fisioterapêutico e do fisioterapeuta no PSF.

O protocolo descrito anteriormente, foi confeccionado pela pesquisadora com base em outros modelos e formulários da literatura, para melhor adequação à proposta do trabalho pela pesquisadora.

4.6 PLANO PILOTO

Para verificar a aplicabilidade deste instrumento, foi realizado um teste piloto envolvendo os portadores de AVC do PSF Osvaldo Machado Gontijo, com cadastro total de sete indivíduos e do PSF Serra Verde, com cadastro total de 11 indivíduos, totalizando 18 indivíduos. Desses, foram incluídos apenas 11, devido à ocorrência de quatro e três óbitos de indivíduos cadastrados nos PSF Osvaldo Machado Gontijo e Serra Verde respectivamente. A escolha destes locais para a realização do teste piloto foi determinada por conveniência.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 11.0. Foi realizada uma análise descritiva (medidas de tendência central e dispersão, frequência e porcentagens) das variáveis citadas anteriormente.

5 RESULTADOS

A descrição do perfil dos indivíduos participantes da pesquisa apresenta-se de acordo com os seguintes aspectos:

A) Dados sócio-demográficos:

Idade

A idade dos portadores de AVC variou entre 37 e 91 anos (média = 64,52 anos; desvio padrão = 14,63 anos; moda = 70 anos), como reporta no Gráfico 1.

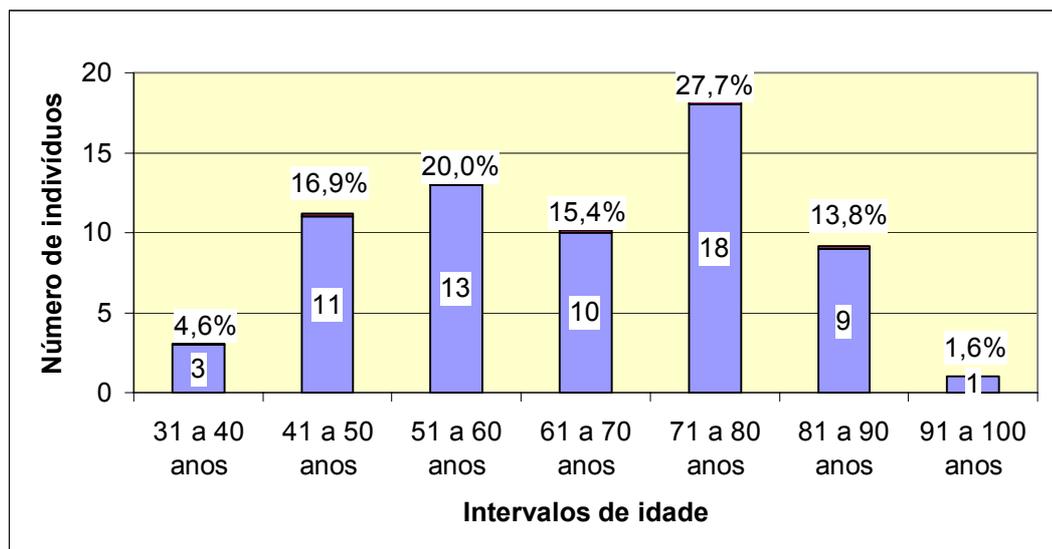


Gráfico 1 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à idade

Sexo e Raça

Os dados relacionados ao sexo e raça estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF, segundo sexo e raça

Sexo			Raça		
Feminino	Masculino	Total	Branca	Negra	Total
36 (55,4%)	29 (44,6%)	65 (100,0%)	32 (49,2%)	33 (50,8%)	65 (100,0%)

Escolaridade e Estado Civil

Os dados relacionados à escolaridade e estado civil estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF, segundo escolaridade e estado civil

Escolaridade				Estado Civil					
Analfabeto	1º grau incompleto	1º grau completo	2º grau completo	Total	Divorciado	Casado	Solteiro	Viúvo	Total
26 (40,0%)	33 (50,8%)	5 (7,7%)	1 (1,5%)	65 (100%)	2 (3,1%)	34 (52,3%)	3 (4,6%)	26 (40,0%)	65 (100%)

Renda Mensal

A renda mensal dos indivíduos avaliados variou entre 260 e 2.000 reais (média = 622,62 reais; desvio padrão = 314,89 reais).

Profissão Atual

Em relação à profissão atual dos indivíduos, os dados estão demonstrados no Gráfico 2.

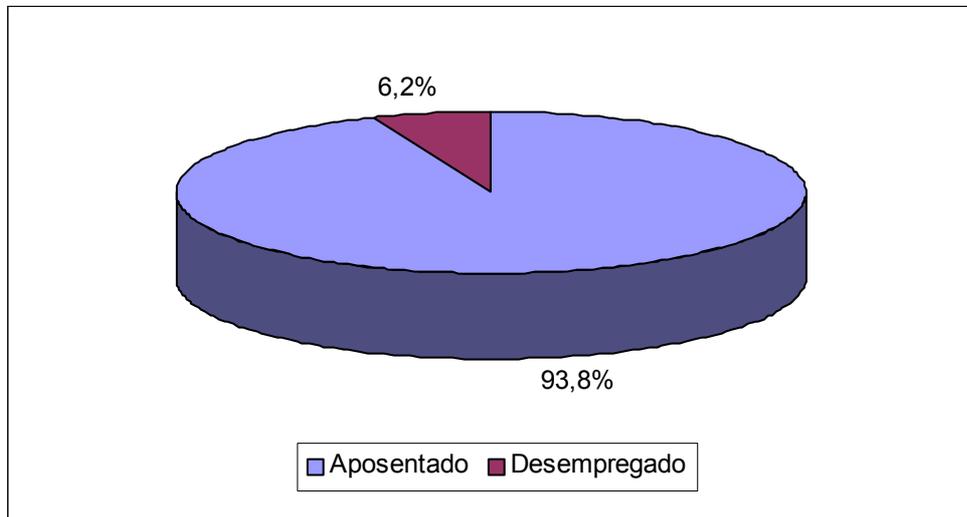


Gráfico 2 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à profissão atual

Profissão Anterior

Os dados dos indivíduos em relação à profissão anterior ao AVC estão demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo a profissão anterior ao AVC

Ocupação Anterior	N	%
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	19	29,2%
Aposentados	14	21,5%
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	11	16,9%
Do lar	10	15,4%
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	5	7,7%
Trabalhadores de manutenção e reparação	4	6,2%
Trabalhadores dos serviços administrativos	2	3,1%
Total	65	100,0

Fonte: Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2002).

B) Dados clínicos:

Diagnóstico Clínico

Em relação ao diagnóstico clínico, a distribuição dos pacientes está demonstrada no Gráfico 3.

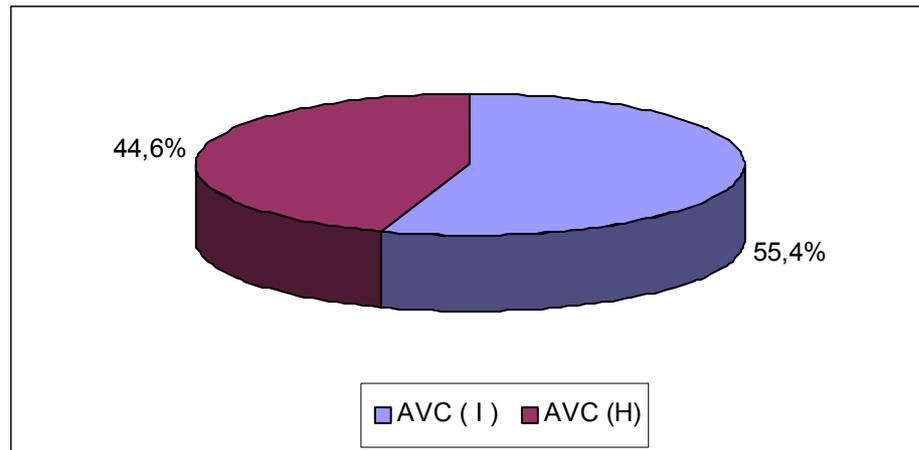


Gráfico 3 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao diagnóstico clínico

Diagnóstico Cinesiológico

Em relação ao diagnóstico cinesiológico, a distribuição dos pacientes está demonstrada na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o diagnóstico cinesiológico

Diagnóstico Cinesiológico	N	%
Hemiparesia Direita	23	35,4
Hemiparesia Esquerda	15	23,1
Hemiplegia Direita	20	30,8
Hemiplegia Esquerda	7	10,8
Total	65	100,0

Tempo de Diagnóstico Clínico

O tempo de diagnóstico clínico após o AVC variou entre 2 meses e 30 anos (média = 6,42 anos; desvio padrão = 6,45 anos; moda = 5 anos), como reporta o Gráfico 4.

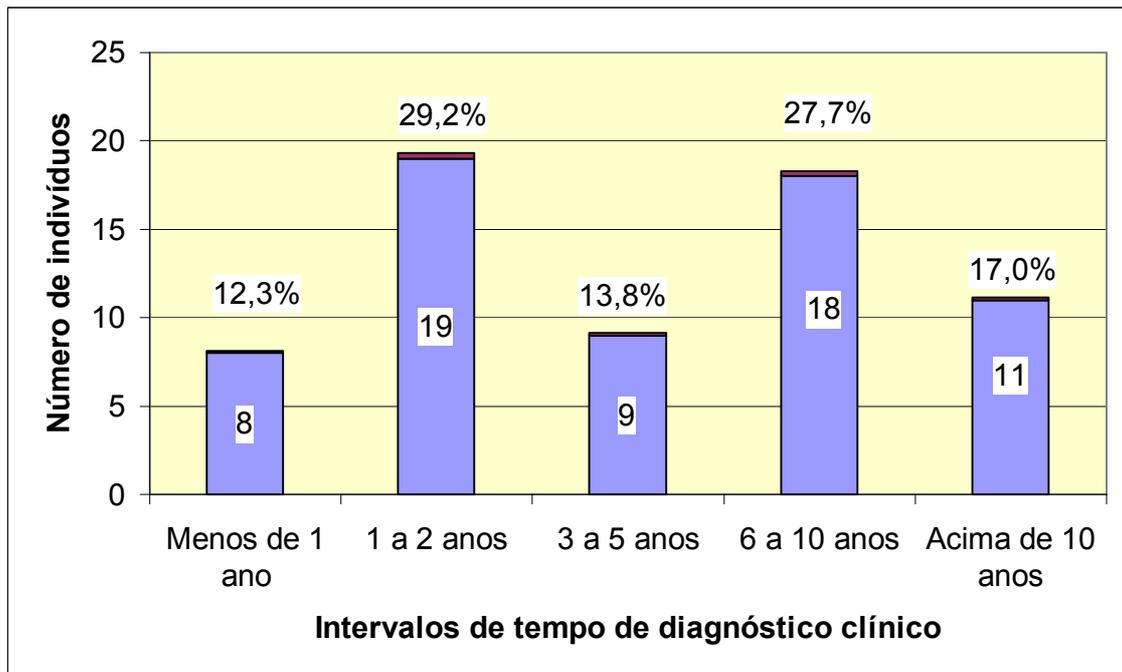


Gráfico 4 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao tempo de diagnóstico clínico

Patologias Associadas

Em relação às patologias associadas ao AVC, a distribuição dos indivíduos em relação às mesmas está demonstrada na Tabela 5.

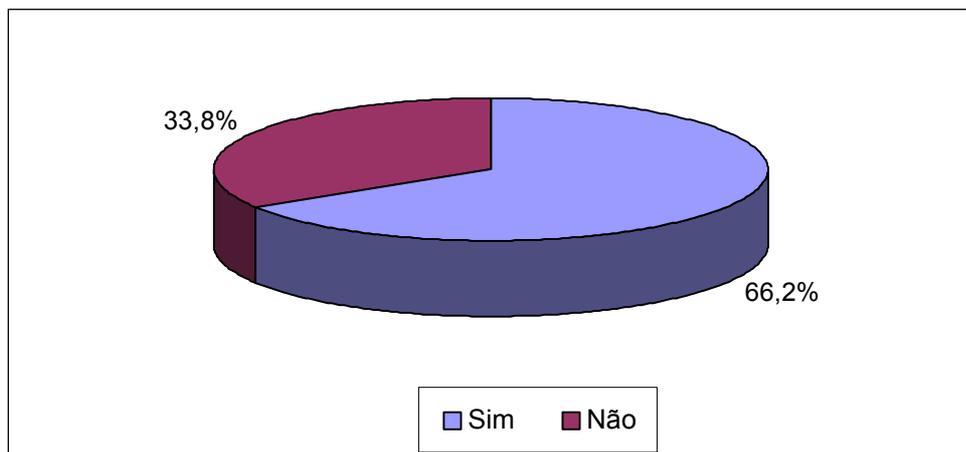
Tabela 5 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo as patologias associadas

Patologias Associadas	N	%
Aneurisma	2	3,1
Diabetes	2	3,1
Hipertensão	30	46,1
Hipertensão e Diabetes	12	18,5
Hipertensão e outros	19	29,2
Total	65	100,0

C) Dados relacionados à mobilidade:

Locomoção

Os dados relacionados à locomoção dos indivíduos estão demonstrados no Gráfico 5.

**Gráfico 5** - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à locomoção

Estado Acamado

Os dados relacionados à distribuição dos indivíduos em relação ao estado acamado estão demonstrados no Gráfico 6.

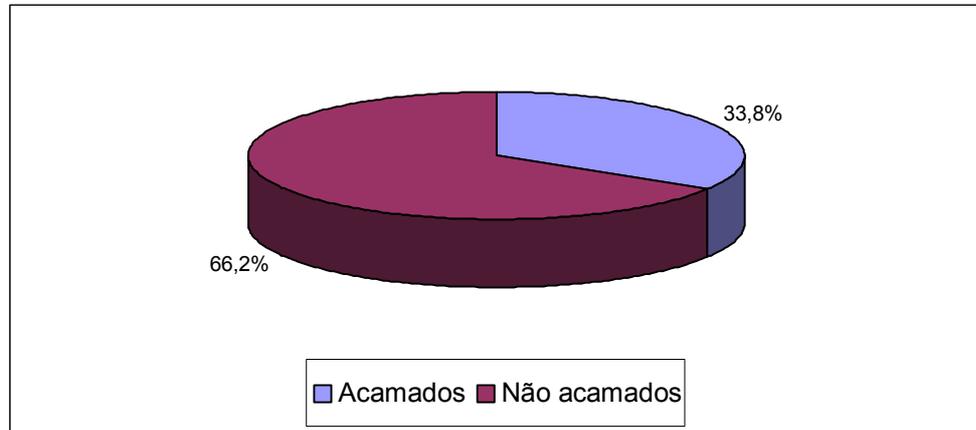


Gráfico 6 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao estado acamado

Tipo de Deambulação

Os dados relacionados à distribuição dos pacientes em relação ao tipo de deambulação estão demonstrados na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o tipo de deambulação

Tipo de Deambulação	N	%
Com Instrumento de Auxílio	27	41,5
Sem Instrumento de Auxílio	16	24,7
Não deambula	22	33,8
Total	65	100,0

Local de Deambulação

Os dados relacionados de acordo com a distribuição dos pacientes em relação ao local de deambulação estão demonstrados na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o local de deambulação

Local de Deambulação	N	%
Casa	24	36,9
Rua	19	29,3
Não deambula	22	33,8
Total	65	100,0

Mudança de Postura

Os dados em relação à dependência física dos indivíduos nas mudanças de postura estão representados no Gráfico 7.

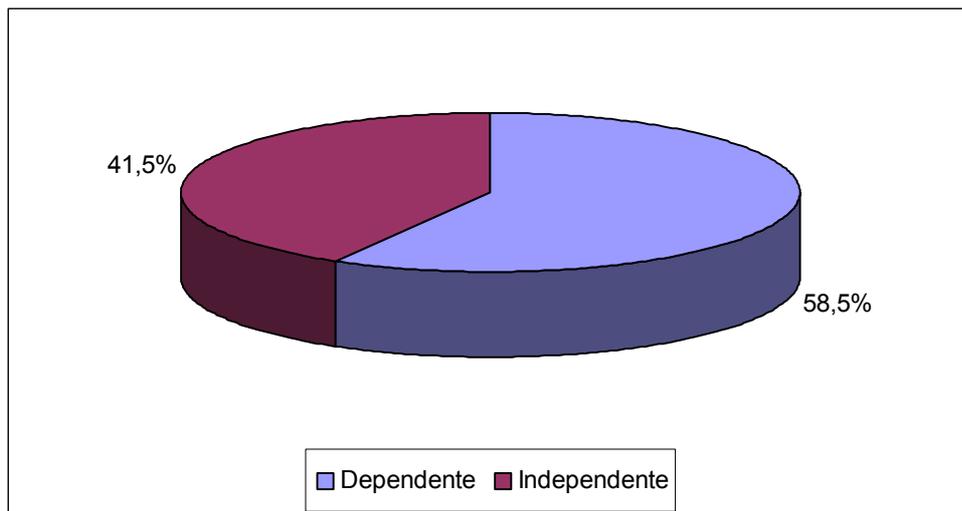


Gráfico 7 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à dependência nas mudanças de postura

D) Dados relacionados à aparência geral, comunicação e sensibilidade:

Aparência Geral

A classificação dos indivíduos segundo a aparência geral está representada na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo a aparência geral

Aparência Geral	N	%
Prostrado	17	26,2
Triste, Deprimido	25	38,5
Saudável	23	35,3
Total	65	100,0

Déficit de Comunicação

Os dados em relação à presença de déficit de comunicação estão representados no Gráfico 8.

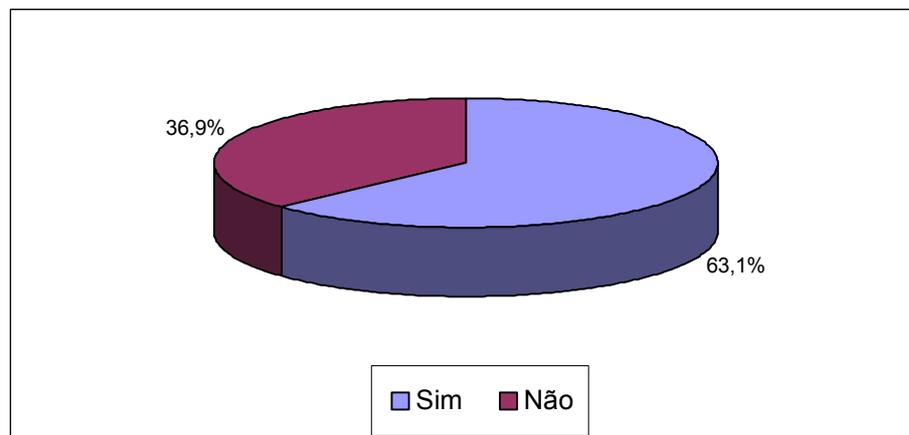


Gráfico 8 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à presença de déficit de comunicação

Déficit de Sensibilidade

Os dados em relação à presença de déficit de sensibilidade estão representados no Gráfico 9.

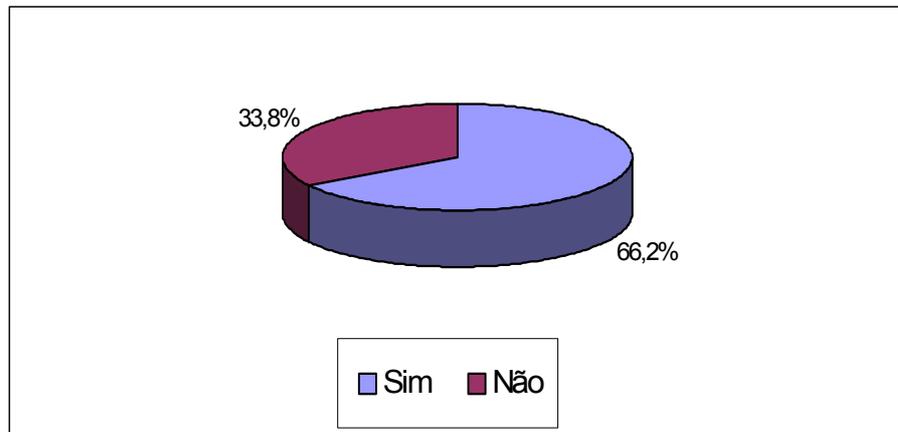


Gráfico 9- Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à presença de déficit de sensibilidade

E) Dados relacionados aos aspectos sociais:

Atividades de Lazer

Os dados da distribuição dos indivíduos em relação à presença de atividades de lazer estão demonstrados no Gráfico 10.

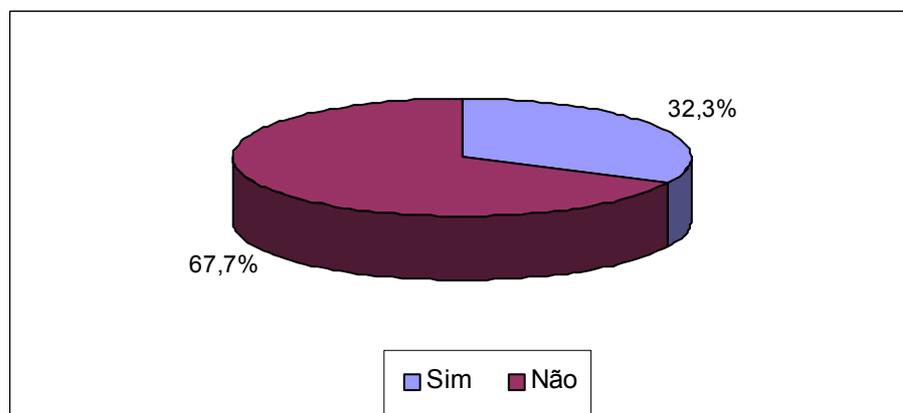


Gráfico 10 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à presença de atividades de lazer

Risco de Quedas

Em relação ao risco de quedas, 61 pessoas (93,8%) apresentaram este risco em seu domicílio e quatro pessoas (6,2%) não apresentaram este risco em seu domicílio.

Acesso à Rua

Os dados relacionados à distribuição dos indivíduos segundo o acesso à rua estão demonstrados no Gráfico 11.

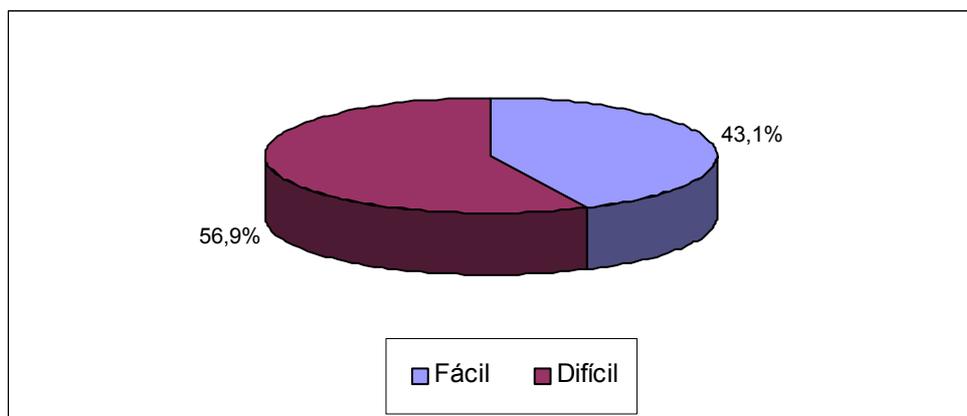


Gráfico 11 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao acesso à rua

Transporte

Os dados relacionados ao tipo de transporte utilizado pelos indivíduos estão representados no Gráfico 12.

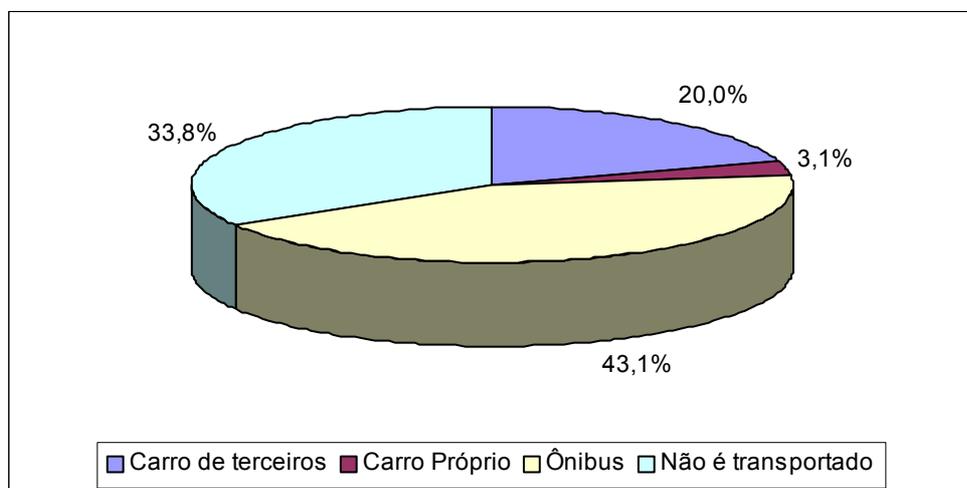


Gráfico 12 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação ao transporte utilizado

Acesso ao Transporte

Os dados referentes ao acesso ao transporte estão reportados na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o acesso ao transporte

Acesso ao Transporte	N	%
Difícil	32	49,2
Fácil	11	16,9
Não tem acesso	22	33,8
Total	65	100,0

F) Dados relacionados às Atividades de Vida Diária (AVD):

Dependência nas AVD

Os dados relacionados à dependência na realização das AVD estão ilustrados no Gráfico 13.

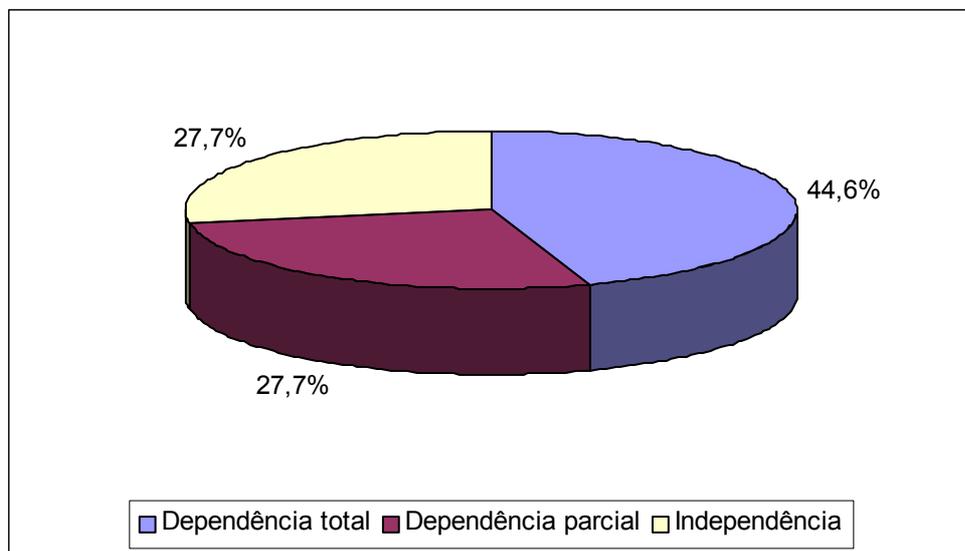


Gráfico 13 – Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF em relação à dependência nas AVD

G) Dados relacionados ao cuidador:

Em relação à identificação do cuidador, dos 65 indivíduos avaliados, 46 (70,8%) possuíam cuidador e 19 (29,2%) não possuíam cuidador. Destes 46 indivíduos que possuem cuidador, 44 indivíduos recebiam os cuidados de seus familiares e dois indivíduos recebiam os cuidados de seus vizinhos.

Em relação às orientações dadas aos cuidadores para lidar com os portadores de AVC, dos 46 cuidadores, 34 (73,9%) não receberam orientações sobre os cuidados prestados aos portadores de AVC e 12 (26,1%) receberam orientações sobre os cuidados prestados aos portadores de AVC.

Em relação às dificuldades encontradas pelos cuidadores para lidar com os portadores de AVC, dos 46 cuidadores, 37 (80,4%) relataram ter dificuldades em relação aos cuidados prestados e nove (19,6%) não relataram ter dificuldades em relação aos cuidados prestados.

H) Dados relacionados ao trabalho do fisioterapeuta:

Conhecimento do Trabalho do Fisioterapeuta

Os dados referentes ao conhecimento dos indivíduos portadores de AVC e de seus cuidadores em relação ao trabalho do fisioterapeuta estão descritos na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos cuidadores e portadores de AVC cadastrados no PSF segundo o conhecimento do trabalho do fisioterapeuta

Cuidador			Portador de AVC		
Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
31 (67,4%)	15 (32,6%)	46 (100%)	47 (72,3%)	18 (27,7%)	65 (100%)

Tratamento Fisioterapêutico

Os dados relacionados aos indivíduos que fazem tratamento fisioterapêutico e aos que sentem necessidade de realizar este tipo de tratamento, estão reportados na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos portadores de AVC cadastrados no PSF que fazem tratamento fisioterapêutico e dos que sentem necessidade de fazer o tratamento

Faz Fisioterapia			Sente Necessidade de Fazer Fisioterapia			
Sim	Não	Total	Sim	Não	Não Sabe	Total
9 (13,8%)	56 (86,2%)	65 (100%)	44 (67,7%)	3 (4,6%)	18 (27,7%)	65 (100%)

Trabalho do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família (PSF)

Os dados relacionados à opinião dos indivíduos avaliados sobre a necessidade, a importância e o desejo da presença do fisioterapeuta na equipe do PSF, estão descritos na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição (frequência e porcentagem) sobre a opinião dos portadores de AVC cadastrados no PSF sobre o Fisioterapeuta no PSF

Necessidade do Fisioterapeuta no PSF				Importância do Fisioterapeuta no PSF				Desejo da Presença do Fisioterapeuta no PSF			
Sim	Não	Não sabe	Total	Sim	Não	Não sabe	Total	Sim	Não	Não Sabe	Total
46	1	18	65	46	1	18	65	46	1	18	65
(70,8)	(1,5)	(27,7)	(100)	(70,8)	(1,5)	(27,7)	(100)	(70,8)	(1,5)	(27,7)	(100)

6. DISCUSSÃO

Segundo Falcão *et al.* (2004), estudar as condições de sobreviventes de AVC é de extrema seriedade não somente pela sua importância epidemiológica, mas também pelo potencial para a instalação das seqüelas, uma vez que diagnosticar e tratar o AVC não significa diagnosticar e tratar as incapacidades resultantes. Segundo os autores, se o diagnóstico e o tratamento são apenas da doença, a assistência pode não ser suficiente para que o indivíduo volte a interagir normalmente com o seu meio e a incluir-se socialmente.

A proposta do presente estudo de traçar o perfil dos pacientes portadores de AVC vinculados ao PSF de Divinópolis, foi devido esta população ter uma significativa relevância de estudo, pois trata-se de uma população que necessita de apoio, assistência, orientação e cuidados constantes, tendo assim uma boa representatividade desta demanda por cuidados fisioterapêuticos neste modelo de atenção à saúde.

A idade dos participantes variou de 37 a 91 anos (Gráfico 1), mostrando ser o AVC uma doença que incide tanto em pessoas jovens quanto em pessoas adultas e idosas, o que representa afetar pessoas com idade ainda muito produtiva. Teixeira-Salmela *et al.* (2000) e Falcão *et al.* (2004), relatam que o AVC tem uma alta prevalência na população idosa, consideração esta, similar com o estudo de Pires *et al.* (2004), no qual a maioria dos pacientes portadores de AVC apresentou faixa etária entre 60 e 70 anos de idade.

Zétola *et al.* (2001) em um estudo com 164 casos de pacientes, realizaram uma análise epidemiológica nos pacientes cujo primeiro episódio ocorreu entre 15 e 49 anos de idade, mostrando ser o AVC uma patologia que também incide na população jovem. Segundo

os referidos autores, o estudo do AVC, principalmente em pacientes jovens, tem sido de grande relevância clínica e epidemiológica, motivado principalmente pelo considerável impacto individual e sócio-econômico causado pela elevada taxa de morbi-mortalidade que pode causar nesta população economicamente ativa. Lessa (1999) e Falcão *et al.* (2004) relatam que dados relacionados à precocidade da idade das pessoas atingidas por doenças representam um dado social significativo e preocupante, porque as doenças crônico-degenerativas atingem, geralmente, uma população em plena idade economicamente ativa, gerando gastos nas áreas sociais devido às aposentadorias precoces, gastos ambulatoriais e medicamentosos.

De acordo com os fatos citados acima e tomando-se como base o presente estudo que foi realizado no PSF, que é o programa que impulsionou a troca de um sistema com modelo na assistência curativa e hospitalar, torna-se necessária a atuação ampliada dos profissionais junto à população na área da saúde preventiva. Assim, a idéia de trabalhar a promoção da saúde, na tentativa de redução de incidências de doenças crônicas e melhora da qualidade de vida das pessoas por estas acometidas, as quais incapacitam tanto as pessoas, torna-se primordial.

De acordo com os dados relacionados ao sexo, o acometimento do sexo feminino na população estudada sobressaiu sobre o masculino (Tabela 1), demonstrando serem as mulheres um grupo propenso a terem patologias cerebrovasculares, tanto pela incidência de fatores modificáveis quanto pelos não-modificáveis. Esta proporção obtida é semelhante ao descrito por Maciel e Guerra (2005) e Radanovic (2000) no qual a maioria é do sexo feminino. Falcão *et al.* (2004) reforçam o interesse das investigações a respeito da prevalência do AVC no sexo feminino. Em contrapartida, outros estudos realizados por Horn *et al.* (2003), Pires *et al.* (2004) e Teixeira-Salmela *et al.* (2004), demonstraram haver maior prevalência do AVC no sexo masculino. Nota-se desta forma, não existir prevalência exata

para caracterizar os sexos acometidos por AVC, não sendo demonstrado instalação homogênea em relação ao sexo.

A raça negra representou maior percentual de incidência sobre a raça branca (Tabela 1), podendo estar influenciada pelos fatores de risco do AVC, tanto pelos modificáveis e não modificáveis. Lessa (1999), Lolio (1993) e Pires *et al.* (2004) ressaltam em seus estudos a influência dos fatores não modificáveis predisponentes ao AVC, no qual os indivíduos da raça negra são os mais acometidos e que têm maior prevalência de hipertensão arterial, sendo esta também um dos principais fatores de risco modificável para o AVC.

O nível de escolaridade dos pacientes estudados mostrou que as pessoas com menor índice de estudo são as mais acometidas pela doença (Tabela 2). Este dado pode ter relação com a falta de informação às mesmas, principalmente no que diz respeito tanto às medidas preventivas quanto aos cuidados com a saúde. Car (1991) refere que o maior grau de instrução de um indivíduo é um fator importante para o aprendizado referente ao tratamento e à necessidade de mudanças de vida inadequados.

Os dados relacionados à escolaridade deste estudo corroboram com o nível educacional encontrado por Teixeira-Salmela *et al.*(2004) e Falcão *et al.*(2004), no qual prevalecia o analfabetismo seguido do 1º grau incompleto. Pires *et al.* (2004) relacionam a incidência dos principais fatores de risco para as doenças crônicas, principalmente o AVC, como sendo inversamente proporcional ao nível de educação. Torna-se claro a constante necessidade da educação em saúde para a população, principalmente no que diz respeito à prevenção, pois de acordo com Chagas e Monteiro (2004), a incidência de fatores de risco do AVC para as pessoas de baixa escolaridade é alta, necessitando então de uma maior intervenção educadora para a referida população.

O estado civil também é um grande marcador no contexto deste estudo, sendo que a maioria das pessoas acometidas por AVC apresenta tensões constantes, vivem o

desapontamento e a incerteza sobre o futuro e perdem a independência principalmente nas suas AVD, necessitando de um acompanhante para realizar suas tarefas diárias. Ao verificar a situação conjugal dos participantes deste estudo, houve prevalência de 52,3% (n=34) das pessoas casadas sobre as demais (Tabela 2). A presença do parceiro é fundamental, não somente para compartilhar o grande impacto físico, social e psicológico que a patologia traz para os acometidos, mas também para receber as orientações dos profissionais que ajudarão a realizar os cuidados diários e para dar continuidade a tais cuidados. O ajustamento da família, o apoio e a compreensão que dispensarem ao paciente são alguns fatores fundamentais para sua adaptação após o AVC.

Bocchi e Ângelo (2005) reforçam o papel vital de um cônjuge e de toda a família em determinar os resultados da reabilitação do paciente. Os autores complementam ainda que a presença de deficiências físicas severas em um indivíduo cria uma crise não só para a família, mas para ele também. Sendo o AVC uma doença com apresentação clínica súbita, o reajustamento na estrutura, nos papéis, na solução de problemas e no manejo afetivo dos cônjuges e familiares, ocorre em um período de tempo muito curto, exigindo de todos os membros da família uma mobilização mais rápida da capacidade de administrar a crise (CHAGAS e MONTEIRO, 2004).

No aspecto da renda familiar deste estudo, a prevalência foi das pessoas acometidas apresentarem renda familiar de um mínimo de 260 reais e máxima de 2.000 reais. A média foi de 622 reais, o equivalente atualmente a dois salários mínimos. De acordo com o Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB/IBGE), esta população estudada encontra-se nas classes B2, C, D e E, sendo a maior parte enquadrada na classe E, o que indica nível baixo de renda a ser distribuído a toda família (ANEP, 2003). Estes dados são comparados com os dados do estudo de Bocchi e Ângelo (2005), que relataram a renda familiar mensal entre um e 20 salários mínimos. O indicador renda familiar torna-se bastante

comprometido em consequência de todas as alterações nos hábitos de vida dos portadores de AVC.

Segundo Camargos *et al.* (2004), com a instalação da doença, a qualidade de vida de toda família é alterada, tanto pela sobrecarga financeira quanto em relação aos cuidados necessários com o indivíduo acometido pela doença, ocorrendo muitas vezes, alterações dos papéis sociais e nas atividades da família. De acordo com os referidos autores, o AVC gera custos diretos e indiretos, com impacto econômico para toda a sociedade. Os autores relatam ainda que os custos diretos referem-se aos gastos com hospitalização, medicamentos e reabilitação e os custos indiretos referem-se aos gastos com cuidados domiciliares informais, perda da produtividade, redução da renda familiar e a aposentadoria precoce do indivíduo. Desta forma, torna-se fator de complicação os gastos onerosos com a saúde dos acometidos, tanto quanto manter os gastos mensais com a manutenção da despesa familiar. Neste ponto, a presença do fisioterapeuta dentro da equipe e do contexto da família no PSF é de extrema importância, tanto para realizar o tratamento domiciliar dos acometidos, evitando assim gastos onerosos e às vezes impossíveis com a reabilitação dos mesmos, quanto para manter uma estabilidade na renda familiar, dispensando gastos com tratamento fisioterapêutico extra-domiciliar.

A relação entre a profissão atual dos portadores de AVC do presente estudo e a profissão anterior ao AVC dos mesmos, mostra uma enorme perda da produtividade destes. Os dados revelam que 93,8% (n= 61) são aposentados após a instalação do AVC (Gráfico 2) e 78,5% (n=51) eram trabalhadores ativos antes da instalação do mesmo (Tabela 3). Segundo Camargos *et al.* (2004), os custos indiretos são os principais responsáveis pela sobrecarga econômica causada pelo AVC e a aposentadoria precoce parece ser o principal determinante desse aumento de custos. Os dados deste estudo corroboram com achados encontrados na literatura, pois de acordo com Falcão *et al.* (2004), a profissão dos portadores de AVC antes

da instalação do mesmo encontra-se no setor de serviços, sendo as mais frequentes as de caráter manual, comércio, indústria, doméstica, serviços gerais e autônomos, e após a instalação do AVC, a fonte de renda deixa de ser o trabalho assalariado sendo substituída pela aposentadoria e por benefícios previdenciários.

O diagnóstico clínico dos pacientes (Gráfico 3) evidenciou uma proporção de 55,4 % (n=36) de instalação do AVC (I) e 44,6% (n=29) do AVC (H), corroborando com os dados da literatura, os quais apresentam uma maior proporção dos acometidos com diagnóstico de AVC (I) (BRUNO *et al.*, 2000, PIRES *et al.*, 2004, RADANOVIC, 2005, ZÉTOLO *et al.*, 2001). Os dados reportados no presente estudo relacionados ao diagnóstico cinesiológico funcional evidenciou instalação das seqüelas em maior parte caracterizada pela hemiparesia do lado direito do corpo (Tabela 4), o que corresponde aos dados da literatura que também demonstram maior incidência do acometimento do hemicorpo direito (BRUNO *et al.*, 2000, JUNQUEIRA *et al.*, 2004).

A instalação da hemiparesia coincide com a presença da espasticidade, alterações de sensibilidade, diminuição de força, de movimentação ativa e voluntária deste lado do corpo, o que pode ser explicado pela redução de gerar momento de força em razão da alteração na atividade das unidades motoras (LINDQUIST *et al.*, 2005, TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2000). O paciente hemiplégico apresenta fraqueza muscular, déficit no equilíbrio, na propriocepção e controle motor seletivo, restringindo a habilidade para transferir e suportar o peso sobre o membro acometido. A incapacidade motora é atribuída basicamente à redução dos movimentos do hemicorpo, nos MMSS e MMII (FALCÃO *et al.*, 2004). Há relação direta entre fraqueza muscular e espasticidade e esta relação tem sido relatada como fator determinante nos déficits da performance funcional em sujeitos com AVC (JUNQUEIRA *et al.*, 2004). Segundo os referidos autores, a força muscular do membro

parético e a espasticidade correlacionam-se com as atividades funcionais, principalmente com a marcha.

Estudo realizado por Teixeira-Salmela *et al.* (2000), visando a reabilitação de portadores de AVC, indica que o quadro dos pacientes que apresentam espasticidade, déficits de força e condicionamento físico, pode ser modificado por meio de programas de treinamento aeróbico e fortalecimento muscular. A realização de fisioterapia e a atividade física são componentes significativos para manutenção da melhora do estado funcional e prevenção das incapacidades secundárias. Os autores relatam ainda que existem várias formas de intervenção fisioterapêutica junto aos pacientes hemiplégicos e hemiparéticos, dentre elas, a teoria neuroevolutiva, a qual visa à facilitação dos movimentos normais e inibição dos padrões espásticos e estereotipados, assim como a reabilitação pelo fortalecimento muscular.

Segundo Lindquist *et al.* (2005), o paciente hemiparético precisa possuir musculatura forte para conseguir o movimento desejado. A literatura reforça ainda que o tratamento fisioterapêutico dos pacientes com AVC, com ênfase no programa de fortalecimento muscular e condicionamento aeróbio, apresenta melhora da velocidade da marcha, do controle motor, da destreza, do equilíbrio, aumento do VO₂ máximo, melhora da performance funcional e da qualidade de vida, assim como maior capacidade de geração da força muscular dos mesmos, sem entretanto, alterar o tônus muscular (JUNQUEIRA *et al.*, 2004, TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2000).

O tempo de diagnóstico clínico variou entre dois meses e 30 anos de instalação do AVC (Gráfico 4), evidenciando apresentar indivíduos acometidos recentemente pela mesma, mostrando ainda a necessidade da maior atuação de profissionais da área da saúde na atenção primária, principalmente no aspecto da prevenção. Ações simples, determinadas e em conjunto, dos profissionais da área da saúde em nível primário, como o controle eficaz da pressão arterial, reduziriam a prevalência de fatores de risco bastante conhecidos para a

doença vascular entre a população, evitando desta forma, complicações posteriores como o AVC (CHAGAS e MONTEIRO, 2004).

A maior porcentagem das patologias associadas ao AVC dos indivíduos deste estudo, evidenciou uma significativa presença de hipertensão arterial e diabetes (Tabela 5). Este fato corrobora com o fator prevenção descrito anteriormente, nos quais é sabido que dentre os principais fatores de risco para a instalação de um AVC estão a hipertensão arterial e o diabetes. A literatura reporta claramente tais fatos, evidenciando a presença da hipertensão arterial e diabetes como sendo os principais fatores de risco para doenças cerebrovasculares, acompanhados de dislipidemia, tabagismo e etilismo (BUENO *et al.*, 1999, GAGLIARDI, *et al.*, 2001, PIRES *et al.*, 2004, RADANOVIC, 2005, ZÉTOLA *et al.*, 2001). De acordo com Radanovic (2005), embora sejam evidentes os fatores de risco para a instalação do AVC, observa-se ainda uma grande necessidade de se otimizar o aspecto da prevenção.

Prevenir e controlar os fatores de risco para o AVC, assim como para outras patologias, envolvem fundamentalmente ensinamentos para introduzir, inclusive, mudanças de hábitos de vida. A implementação destas mudanças, por serem medidas educativas, necessita de continuidade. Ocorre desta forma, necessidade de maximizar estas ações e até mesmo ampliar a atuação de profissionais no PSF, com a participação também do fisioterapeuta somando forças e idéias aos demais profissionais das equipes deste programa, para a melhoria da saúde desta população.

Os dados relacionados ao aspecto locomoção mostram que 33,8% (n=22) dos portadores de AVC deste estudo são acamados, não tendo desta forma nenhum tipo de locomoção (Gráfico 5). Olney e Richards (1996) destacam em seus estudos, que a necessidade de reabilitação para todos os pacientes portadores de AVC é inquestionável, inclusive para os indivíduos acamados. A capacidade de locomoção é um processo que envolve uma série de mecanismos reguladores e efetores, dependendo principalmente do funcionamento íntegro do

sistema neurológico (MACIEL e GUERRA, 2005). Segundo os referidos autores, com a lesão deste sistema, os distúrbios de locomoção e mobilidade tornam-se problemas comuns, mas de grande relevância, devido as importantes limitações na realização das AVD. Teixeira-Salmela *et al.* (2000) relatam que a presença do déficit do controle motor pode ser caracterizada por fraqueza, alteração do tônus e movimentos estereotipados, os quais podem limitar as habilidades para realizar atividades como deambular, subir e descer escadas e autocuidar-se.

Uma outra parte dos portadores de AVC deste estudo, equivalente a 66,2% (n=43) deambulam (Gráfico 6), sendo que 41,5% (n=27) destes portadores de AVC que deambulam, realizam o mesmo somente com ajuda de um instrumento de auxílio (Tabela 6). Embora sobressaia uma porcentagem maior dos portadores de AVC que deambulam, esta ainda é restrita (Tabela 7), limitando-se a uma deambulação apenas dentro de casa (36,9%, n=24).

Tais dados correlacionam-se com o estudo de Jette *et al.* (2005), no qual a prevalência da deambulação (90%) foi restrita em andar em casa e no seu entorno, e pouco mais da metade das pessoas tendo impedimento para deslocar-se para outros bairros. Dentre os pacientes que se deslocavam, havia o predomínio da necessidade dos mesmos em realizar tal atividade com a ajuda do familiar ou fazendo uso de dispositivos auxiliares, como bengala, cadeira de rodas, andador, entre outros. Estes dados mostram a imensa dependência dos acometidos, no aspecto locomoção, no qual a presença do fisioterapeuta mostra ser de fundamental importância para o treino funcional e de independência dos mesmos neste aspecto, para a assistência ao indivíduo acometido e para as orientações aos cuidadores dos portadores de AVC que se encontram acamados e sem locomoção, restritos ao leito.

Kim e Eng (2003) descrevem em seus estudos que a fraqueza muscular é um dos principais limitantes da função física, principalmente em atividades de locomoção, existindo uma correlação forte entre os parâmetros musculares de força e o desempenho

locomotor. Os referidos autores relatam ainda que outros fatores como o equilíbrio, coordenação, sensibilidade e controle postural, além da força muscular, também influenciam o desempenho de tarefas locomotoras. Desta forma, o trabalho do fisioterapeuta, através da inserção de programas de exercícios que priorizam o fortalecimento muscular, tem impacto positivo em atividades funcionais, na marcha, na mobilidade e locomoção geral. Brown e Kautz (1999) relatam que a alteração da velocidade da marcha em uma locomoção é uma das principais características apresentadas pelos pacientes pós AVC.

Jette *et al.* (2005), Laufer (2003) e McGuinley *et al.* (2003), relatam que um dos objetivos da fisioterapia é a recuperação da capacidade da marcha sendo que a análise observacional da mesma deve ser realizada pelo fisioterapeuta de forma precisa para alcançar tal objetivo e reduzir a oscilação postural da mesma em pacientes com hemiplegia. Assim, de acordo com Jette *et al.* (2005), o trabalho do fisioterapeuta requer decisões sobre a prescrição de instrumentos de auxílio para a locomoção, fazendo a opção para utilização dos mesmos somente se outros métodos fisioterapêuticos não forem possíveis para os pacientes completarem tais atividades independentes.

Em relação ao aspecto da mobilidade, os pacientes acometidos por AVC no presente estudo são na maior parte, dependentes em suas mudanças de postura (58,5%), tanto para sentar, deitar, ficar de pé, necessitando sempre de auxílio para a realização dos mesmos (Gráfico 7). De acordo com Jette *et al.* (2005), a incapacidade motora e principalmente a diminuição da mobilidade estão atribuídas à redução dos movimentos do hemicorpo acometido pela paralisia. Os autores destacam ainda que a intervenção fisioterapêutica para pacientes com déficits de mobilidades não pode ser remediada, sendo necessário intervir neste aspecto com alternativas e métodos compensatórios para melhora da performance funcional, das atividades e tarefas, incluindo reeducação da marcha, prática de deslocamentos, transferências, mudanças de postura, e treino das AVD.

Olney e Richards (1996) destacam que o encorajamento do alto nível de performance do hemisfério afetado é importante em todo o estágio de tratamento. Segundo Maciel e Guerra (2005), a avaliação da mobilidade é essencial e deve fazer parte da rotina fisioterapêutica, tanto preventiva quanto reabilitadora, através da identificação de situações de riscos e surgimento de problemas, otimizando desta forma, a função física e diminuindo os níveis de dependência necessários para a vida em comunidade. O tratamento fisioterapêutico para pacientes pós AVC consiste em exercícios de reeducação neuromuscular, prática de tarefas funcionais, treino de deambulação e deslocamento de pesos, tanto sentado quanto em ortostatismo, e atividades de transferência e manutenção da posição ortostática independente (DICKSTEIN *et al.*, 2004). Desta forma, a presença do fisioterapeuta tem um grande impacto positivo no trabalho com pacientes acometidos por AVC, prestando assistência no incentivo do treino da independência na mobilidade, locomoção e realização de transferências e de postura dos pacientes.

Um fato determinante para todo portador de doença crônica, como o AVC, é a presença do declínio emocional dos mesmos. Lavinsky e Vieira (2004) relatam que a mudança do estado de humor e a labilidade emocional do indivíduo após o AVC são situações esperadas e difíceis de lidar. Neste estudo houve prevalência de 38,5% (n=25), de indivíduos deprimidos e tristes com a instalação do AVC (Tabela 8). Falcão *et al.* (2004) relatam que a referência a sintomas de depressão é particularmente expressiva após AVC, apontando estas mudanças negativamente na capacidade funcional dos acometidos, intervindo na vida pessoal, modificando a autonomia e auto-estima dos mesmos.

Em estudos realizados por Terroni *et al.* (2003) e Goulart *et al.* (2005), o impacto psicológico gerado por doenças crônicas, em especial pelo AVC, pode ser o suficiente para originar um quadro depressivo com uma matiz de ajustamento reativo, associando este fator principalmente à limitação física imposta pela patologia e a participação

do comprometimento neuronal pelo AVC na etiologia da depressão. A depressão pós AVC traz significativo comprometimento para a evolução do paciente, tendendo a apresentar importante queda de recuperação funcional em comparação com os não deprimidos (TERRONI *et al.*, 2003).

Camargos *et al.* (2004) relatam que a piora do estado clínico geral, o tempo de curso da patologia e o aumento da idade, associam-se com a piora da depressão e da cognição, tendo em vista que quanto maior a gravidade da depressão, maior é a labilidade emocional e pior a percepção da qualidade de vida. De acordo com os referidos autores, indivíduos com depressão apresentam maior incapacidade e dependência. Este aspecto é de fundamental importância dentro do contexto de reabilitação e assistência em saúde, na qual é sempre preciso a atuação de equipe interdisciplinar, pois alteração emocional negativa influencia em toda a recuperação global do paciente e a análise da natureza da associação entre depressão e AVC é necessária para seu melhor entendimento e aprimoramento terapêutico.

Ainda se tratando do aspecto geral do paciente, evidenciou-se neste estudo prevalência de 63,1% (n=41) dos portadores de AVC com presença de déficit de comunicação (Gráfico 8) e 66,2% (n=43) com déficit de sensibilidade (Gráfico 9). A presença do déficit de comunicação para o portador de AVC neste estudo foi um fator negativo, uma vez que o mesmo já apresenta restrições sociais, físicas e emocionais, e, em conjunto com a dificuldade de se comunicar, torna-se um fator que incide sobre o decréscimo da melhora do mesmo.

Segundo estudo realizado por Falcão *et al.* (2004), todos os problemas de comunicação estão relacionados à depressão, sendo que um dos maiores déficits de comunicação encontrados em portadores de AVC é a afasia, tanto de compreensão quanto motora, considerada um grande problema no que se refere às dificuldades de articulação das palavras e lentidão para falar, interferindo nas relações interpessoais. O déficit de sensibilidade também é fator marcante no portador de AVC, tornando-se evidentes e

cumulativos os pontos deficitários. A falta de sensibilidade leva a outros problemas graves como a presença de úlceras de decúbito, diminuição da própria mobilidade, diminuição da percepção corporal, dentre outros. Estes fatos corroboram como o estudo de Lavinsky e Vieira (2004), os quais relatam que pelo menos dois terços dos sobreviventes de AVC permanecem com algum grau de deficiência e tornam-se dependentes para falar, andar, ver ou sentir. A fisioterapia dentro do contexto de equipe interdisciplinar teria como fator primordial intervir nos déficits sensitivos, perceptivos e de mobilidade, pois trabalharia no aspecto de reintegração sensório-motora dos portadores de AVC, na tentativa de diminuir o impacto negativo de tais déficits sobre os mesmos.

Em consonância com todos os aspectos deficitários descritos anteriormente, torna-se presente a falta de lazer dos portadores de AVC deste estudo (Gráfico 10). Os mesmos apresentam-se em maior proporção sem essas atividades (67,7%, n = 44), o que pode estar relacionado com a presença dos déficits já descritos em relação aos aspectos físicos, de mobilidade, social, emocionais, sensitivos e de comunicação. Segundo Camargos *et al.* (2004), as seqüelas do AVC resultam em comprometimento de aspectos físicos, mentais e emocionais, os quais podem contribuir para o isolamento social do indivíduo, sendo que, o bem estar social inclui manutenção de atividades de lazer, sexualidade, vivência familiar, além da autopercepção do suporte social. A perda da função social está relacionada a fatores como idade, família, estado emocional, comprometimento físico e cognitivo, advindos da doença. Tem sido observado que a existência de função social e a vitalidade são os fatores que mais se associam a relatos positivos da qualidade de vida de pacientes com AVC (CAMARGOS *et al.*, 2004).

Associado a falta de atividades de lazer, 93,8% (n=61) dos indivíduos deste estudo apresentaram grande risco de quedas em seus domicílios e 56,9% (n=37) apresentaram dificuldade de acesso à rua (Gráfico 11). Estes dados incrementam ainda mais os pontos desta

população que devem ser tratados, reabilitados e revertidos. De acordo com Pinho *et al.* (2005), queda é definida como um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial, as quais são a maior causa de morbidade, insegurança, medo, perda de independência funcional, diminuição e restrição de acessos. Um único episódio mesmo que não leve a consequências graves, pode resultar no constante medo de cair, tornando as pessoas menos confiantes, mais restritas, menos independentes nas realizações das AVD e isolando-a socialmente. Os autores relatam ainda que a incidência de quedas aumenta proporcionalmente ao aumento da idade e que estes eventos apresentam etiologia multifatorial, sendo relacionados a déficits visuais e proprioceptivos, diminuição do equilíbrio e redução da força muscular, da potência e resistência dos MMII. Estes déficits são muito encontrados em pacientes com seqüela de AVC, tornando então esta população muito propensa a episódios de quedas.

De acordo com Teixeira-Salmela *et al.* (2000), os déficits de força muscular são apontados como fatores predisponentes de quedas em portadores de AVC. Pacientes pós AVC apresentam elevado risco de quedas e a reabilitação deve focar não só o equilíbrio e a mobilidade, mas também a interação do indivíduo com o ambiente (HARRIS *et al.*, 2005). Segundo os referidos autores, metade das quedas ocorre no próprio domicílio do paciente durante a marcha e transferência dos mesmos. Os autores destacam ainda que a avaliação do paciente no seu ambiente domiciliar e comunitário pode fornecer informações importantes para o fisioterapeuta sobre as dificuldades e barreiras potenciais à função do indivíduo. Estas informações auxiliam o profissional na definição das necessidades de atuação e elaboração de programas de intervenção para aumento de funcionalidade e diminuição de riscos para os mesmos.

Em relação aos indivíduos que têm facilidade de acesso à rua (43,1%, n= 28) (Gráfico 11), os mesmos mostraram utilizar em maior proporção o ônibus como o seu

transporte (43,1%, n= 28) (Gráfico 12). Embora este estudo demonstre esta porcentagem dos portadores de AVC que saem de casa e utilizam o transporte urbano para tal, os dados mostram que 49,2% (n=32) dos mesmos realizam este acesso com dificuldade (Tabela 9). Tais dados sugerem que os portadores de AVC deste estudo apresentam uma vida sem lazer, com freqüente medo e risco de quedas em seu domicílio, com pouco e difícil acesso aos meios de transporte. Torna-se necessária a atuação da fisioterapia para trabalhar com estas dificuldades encontradas nesta população, através de treinos de independência para incentivo ao lazer, orientações quanto ao risco de quedas e reintegração dos mesmos à sociedade, mesmo mediante suas seqüelas.

No aspecto pertinente à realização das AVD, os resultados deste estudo mostraram que 44,6% (n= 29) dos indivíduos são totalmente dependentes para a realização das mesmas (Gráfico 13). Este achado indica a presença de auxílio e presença permanente de terceiros para a execução de tarefas diárias como alimentação, vestuário, higiene, tarefas domésticas, dentre outros. Outra parte dos indivíduos deste estudo realiza tais atividades com dependência parcial (27,7%, n=18), o que não dispensa também a presença de um terceiro. Assim, sendo dependentes totais ou parciais, estes dados relatam que a maior parte dos portadores de AVC deste estudo necessita de auxílio para suas AVD.

O prejuízo funcional do AVC é caracterizado pelo grau de incapacidade para realizar determinadas atividades devido ao comprometimento neurológico (TERRONI *et al.*, 2003). De acordo com Lavinsky e Vieira (2004), após um episódio de AVC, o cérebro lesado não consegue restaurar-se dos déficits neurológicos instalados, evidenciando-se uma deteriorização da qualidade de vida dos pacientes. Segundo os autores, pelo menos dois terços dos sobreviventes permanecem com algum grau de deficiência e tornam-se dependentes principalmente nas AVD. Teixeira-Salmela *et al.* (2000) relatam que, os déficits de força muscular e o alto custo energético apresentado pelo indivíduo hemiplégico durante a

realização de AVD, contribui para a fadiga, dispnéia, fraqueza muscular, depressão, ansiedade e descondicionamento, dificultando realizar as diversas tarefas funcionais, visitar amigos, utilizar transporte público, levando-o a um estilo de vida sedentário e cada vez mais dependente.

Segundo Junqueira *et al.* (2004), o fisioterapeuta pode influenciar na melhoria das AVD dos pacientes com seqüelas de AVC, implementando atividades que precisam ser desempenhadas para alcançar a independência funcional, como as atividades de mobilidade, posicionamento no leito, transferências, higiene, alimentação, vestuário e controle urinário e fecal. Os autores reforçam que o fortalecimento da musculatura parética promove melhora da capacidade funcional, além da espasticidade ser controlada pelo ganho do controle motor e enfatizam que o treino de marcha torna o paciente menos dependente e mais apto a realizar as tarefas do dia-a-dia.

Em relação à identificação do cuidador dos indivíduos participantes desta pesquisa, dos 70,8% (n=46) dos indivíduos que possuíam cuidador, 67,7% (n=44) recebiam os cuidados de seus familiares e 3,1% (n= 2) recebiam os cuidados de seus vizinhos. Tal fato demonstra serem os familiares a principal fonte de colaboração e cuidado com os mesmos. Estes dados são evidentes também no estudo de Chagas e Monteiro (2004), no qual relatam serem os familiares os maiores constituintes do processo de cuidar do paciente com AVC.

Em relação às orientações dadas aos cuidadores para lidar com os portadores de AVC, dos 46 cuidadores, 34 (73,9%) não receberam orientações sobre os cuidados prestados e 12 (26,1%) receberam orientações sobre tais procedimentos. Estes dados relatam a inexperiência dos cuidadores, em especial dos familiares que representa o grande contingente, em lidar com o indivíduo adequadamente. Isto é um fato preocupante, pois a partir do momento em que pessoas leigas tornam-se cuidadores, as mesmas deveriam ser totalmente orientadas a prestarem tal assistência, o que acarretaria em melhor adaptação, convivência e

recuperação dos indivíduos, evitando desta forma complicações e ajudando na promoção da saúde dos mesmos.

Em relação às dificuldades encontradas pelos cuidadores para lidar com os portadores de AVC, dos 46 cuidadores, 37 (80,4%) relataram ter dificuldades em relação aos cuidados prestados e nove (19,6%) não relataram ter dificuldades em relação aos cuidados prestados. Chagas e Monteiro (2004) descrevem em seus estudos que o conhecimento dos familiares acerca do AVC é superficial, o que pode ser consequência da falta de orientação por parte dos profissionais ou do uso da linguagem científica ao se dirigirem aos paciente e acompanhantes, acarretando dificuldade dos mesmos em lidar com os pacientes e prestar os cuidados. Os referidos autores atribuíram ainda o baixo nível de conhecimento acerca da doença com o grau de escolaridade, que em seu respectivo estudo também predominou o de escolaridade baixa. Estes dados apresentam-se de extrema importância a serem analisados, pois conjuntamente à falta de orientação descrita anteriormente, constata-se que os cuidadores sentem grandes dificuldades para exercerem esta função, principalmente devido à limitação física apresentada pelos portadores de AVC. Tais fatos explicitam a necessidade de profissionais adequados para trabalharem com esse problema.

A falta de orientação e as dificuldades encontradas pelos cuidadores, iniciam um processo de regressão da recuperação destes indivíduos, o que com certeza, poderia ser evitado com a reversão desta situação, na qual a equipe de saúde responsável por tais indivíduos, inclusive o fisioterapeuta, atenderia tais necessidades com a aplicação de orientações, manuseios, cuidados e convivência diária com os mesmos. De acordo com Bocchi (2004), Chagas e Monteiro (2004) e Lavinsky e Vieira (2004), os cuidados domiciliares são elementos fundamentais ao tratamento, considerando que o período de reabilitação após o AVC pode ser bastante prolongado e que, mediante tal situação, a família, que se torna a maior prestadora direta dos cuidados, necessita estar preparada para esse fim.

Observa-se que o núcleo familiar encontra-se desestruturado devido ao impacto da doença e, com isso, a família pode apresentar dificuldades em assistir ao paciente devido às restrições impostas a ele pelo AVC. Quando aconselhados e orientados devidamente, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações de cuidado, sem que haja prejuízo a sua saúde física e emocional ou ao seu estilo de vida (LAVINSKY e VIEIRA, 2004).

Neste sentido, os profissionais da área da saúde, encontram campo propício junto aos familiares de pacientes acometidos por AVC para desenvolverem o seu papel de educador em saúde. O fisioterapeuta pode atuar estabelecendo uma relação de confiança e de parceria com a família e trabalhar de forma a informá-la sobre a doença, suas causas, conseqüências, e, o mais importante, a forma de enfrentá-la. Os dados do presente estudo corroboram com os de Chagas e Monteiro (2004), no qual relatam haver necessidade da implementação de ações em saúde que melhorem o enfrentamento familiar por meio do ensino sobre a saúde e que reforcem a colaboração da família no planejamento dos cuidados.

Em relação ao conhecimento do trabalho do fisioterapeuta, os dados deste trabalho mostram que 72,3% (n=47) dos portadores de AVC conhecem o referido trabalho e 27,7% (n=18) não o conhecem (Tabela 10). Em se tratando dos cuidadores em relação ao conhecimento do mesmo trabalho, estes apresentaram uma proporção de desconhecimento maior que a anterior, com 32,6% (n=15) dos cuidadores não conhecendo o trabalho do fisioterapeuta (Tabela 10). Observa-se com estes dados, a carência do conhecimento de parte desta população estudada e de seus cuidadores em relação à existência da gama de profissionais da saúde que podem prestar serviços à mesma, inclusive o fisioterapeuta. Com estes dados, nota-se ainda o desconhecimento da profissão do fisioterapeuta por parte da população assistida e de seus cuidadores no PSF de Divinópolis.

Entretanto, observa-se neste estudo que 13,8% (n=9) dos acometidos por AVC realizam a fisioterapia atualmente, sendo que 86,2% (n=56) não realizam nenhum tipo de tratamento fisioterapêutico (Tabela 11). Dentre os problemas desta população que não realiza fisioterapia, inclui-se o desconhecimento da profissão descrita anteriormente, a falta de informação e indicação por outros profissionais, a grande distância até os ambulatórios apropriados para a realização das sessões, a dificuldade de locomoção e transportes dos indivíduos, a dificuldade financeira e a própria ausência deste profissional como membro integrante da equipe mínima do PSF.

Apesar de apenas 13,8% (n=9) dos participantes deste estudo realizarem fisioterapia, estes dados não são igualitários quanto à necessidade dos mesmos em fazer fisioterapia. Dos 72,3% (n=47) dos indivíduos participantes deste estudo que conhecem a profissão, 67,7% (n=44) não fazem fisioterapia, mas sentem necessidade de fazê-la (Tabela 11).

Em consonância com os resultados, ao analisar a necessidade, a importância e o desejo de ter um fisioterapeuta no PSF por parte dos portadores de AVC deste estudo (n=65), os dados mostraram que 70,8% (n=46) das respostas foram positivas para tal análise (Tabela 12).

A fisioterapia dentro do contexto de assistência a pacientes com AVC, trabalha com o grande objetivo de maximizar a recuperação funcional visando ao maior nível de função e de independência possíveis, dentro das limitações impostas pela patologia e pelo ambiente. O principal foco do tratamento em pacientes com doença crônica, como o AVC, deve ser a manutenção da qualidade de vida (GOULART *et al.*, 2005).

Segundo Teixeira-Salmela *et al.* (2000) e Junqueira *et al.* (2004), os pacientes hemiplégicos, quando submetidos a programas fisioterapêuticos, apresentam uma melhora funcional e na qualidade de vida. Os ganhos são significativos para os portadores de AVC que

se submetem a programas de reabilitação, os quais incluem melhora da realização das AVD, da auto-estima, da marcha, equilíbrio e postura, da independência funcional e diminuição dos níveis de depressão. Os autores descrevem ainda que atividades associadas ao exercício aeróbico, geram melhora do condicionamento cardiovascular, o qual possibilita a realização de AVD e habilidades funcionais com menor gasto energético, além do trabalho submáximo, diminuir a frequência cardíaca e a pressão arterial em repouso, melhorando o perfil de risco cardiovascular em indivíduos após o AVC. De acordo com a avaliação e o prognóstico, os objetivos do tratamento fisioterapêutico em portadores de AVC, variam desde a recuperação funcional completa, com retorno inclusive à atividade profissional, até a simples condição de manutenção, prevenção de úlceras de decúbito, correção de deformidades e até independência na cadeira de rodas (BRUNO *et al.*, 2000).

Contudo, percebe-se neste contexto, enorme discrepância entre todos os aspectos vistos pelo perfil traçado dos portadores de AVC do PSF de Divinópolis, e a assistência fisioterapêutica prestada aos mesmos. O fisioterapeuta como profissional da área da saúde, é importante a qualquer instância do processo saúde, sendo este no setor primário, secundário e terciário. A fisioterapia configura-se como recurso capaz de analisar e implementar programas de intervenção para evitar e se contrapor a muitas das alterações e deficiências em pessoas portadoras de doenças crônicas, como o AVC, e para melhorar sua capacidade funcional e estado de saúde geral, através de intervenções que compreendem a promoção do bem-estar, a melhoria ou manutenção das capacidades funcionais, a prevenção de limitações, as orientações pertinentes ao paciente e cuidador e a reabilitação, quando as deficiências estiverem instaladas.

Torna-se necessário uma contínua investigação das necessidades da população portadora de AVC e demais usuários assistidos pelo PSF por vários outros ângulos e

adicionalmente, analisar a importância da inclusão do fisioterapeuta para, juntamente a toda equipe, somar forças na melhoria da saúde e da qualidade de vida da população.

7 CONCLUSÃO

O levantamento do perfil dos indivíduos portadores de AVC vinculados ao PSF de Divinópolis-MG evidenciou o acometimento de indivíduos na faixa etária entre 37 e 91 anos, com maior frequência do sexo feminino, da raça negra e de escolaridade baixa. Em relação à situação conjugal, a maioria dos indivíduos é casada e a renda mensal familiar apresentou um nível baixo de renda a ser distribuído a toda família. Em relação à profissão atual e à profissão anterior ao AVC, os dados deste estudo revelaram que muitos são aposentados após a instalação da doença e anterior à mesma eram trabalhadores ativos.

Os dados relacionados ao diagnóstico clínico e ao diagnóstico cinesiológico-funcional demonstraram uma prevalência de instalação do AVC isquêmico e de hemiparesia direita, respectivamente. O tempo de diagnóstico clínico variou entre dois meses e 30 anos de instalação do AVC, evidenciando indivíduos acometidos recentemente pela patologia. Em conjunto com as principais doenças associadas ao diagnóstico clínico, observou-se a hipertensão arterial e diabetes.

Os resultados relacionados à mobilidade demonstraram uma maior frequência dos indivíduos que se locomovem, porém a maioria destes realizam a locomoção com dificuldade, restrita ao domicílio e com utilização de instrumento de auxílio. Em relação às mudanças de posturas, os resultados apresentaram indivíduos totalmente dependentes para a realização das mesmas.

Em relação à aparência geral do indivíduo, sensibilidade e comunicação, evidenciou-se uma maior frequência de indivíduos deprimidos, com déficit de comunicação e com déficit de sensibilidade.

Os resultados relacionados aos aspectos sociais demonstraram a maior parte dos indivíduos sem nenhuma atividade de lazer, com grande risco de quedas em seu domicílio, com dificuldade de acesso à rua e aos meios de transporte. Quanto à execução das atividades de vida diária, os indivíduos deste estudo apresentaram dependência total para a realização das mesmas.

A maioria dos indivíduos deste estudo possuía cuidador, sendo que a maior parte dos cuidadores não recebeu orientação para prestar os cuidados e realizava os mesmos com dificuldade, principalmente nos aspectos de mobilidade, locomoção, transferência e ajuda na realização das atividades de vida diária.

Os dados relacionados ao trabalho do fisioterapeuta mostraram uma maior prevalência dos indivíduos que não fazem fisioterapia, mas sentem necessidade de fazê-la. Em relação ao trabalho do fisioterapeuta no PSF, os resultados demonstraram que os pacientes sentem necessidade, desejo e acham importante a presença deste profissional no PSF.

Após traçar o perfil dos indivíduos portadores de AVC vinculados ao PSF de Divinópolis-MG, de acordo com os resultados obtidos, conclui-se que a participação do fisioterapeuta é primordial. Por ser o fisioterapeuta capaz de atuar na promoção da saúde, tratando, reabilitando e prevenindo em níveis individual e coletivo, seu envolvimento contribuirá para a transformação do quadro de saúde/doença encontrada no município de Divinópolis-MG.

Entretanto, torna-se necessário facilitar o acesso dos indivíduos a atendimentos fisioterapêuticos através da inserção do fisioterapeuta no PSF, do aumento do número de

profissionais nos serviços públicos e da socialização da profissão para a população em geral, para os demais profissionais de saúde que assistem estes pacientes e para os gestores responsáveis, proporcionando desta forma o aumento na qualidade de assistência à população inserida no respectivo programa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANEP, Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (2003). **Critério de Classificação Econômica do Brasil**. Disponível em: <<http://www.anep.org.br>>. Acesso em: 10 mar. 2006.
- ASSUNÇÃO, R.S. **O Agente Comunitário de Saúde e sua prática no Programa de Saúde da Família no município de Divinópolis – MG**. 2003. 167f. Dissertação (Mestrado da Escola de Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- BOCCHI, S.C.M. **Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento**. Rev. Latino-am Enfermagem, v.12, n.1, p.115-121, jan.–fev. 2004.
- BOCCHI, S.C.M., ANGELO, M. **Interação cuidador família-pessoa com AVC: autonomia compartilhada**. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.3, p.729-738, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Íntegra do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Maio, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde /INAMPS. **Coletânea de legislação básica. Nova política de financiamento do SUS**. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**. COSTA NETO, M.M. (Org.). Secretaria das Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2001b.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Secretaria de Políticas de Emprego e Salário. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002**. Brasília, 2004.

BROWN, D.A., KAUTZ, S.A. **Speed-dependent reductions of force output in people with poststroke hemiparesis.** *Physical Therapy*, v.79, n.10, oct. 1999.

BRUNO, A.A., FARIAS, C.A., IRYIA, G.T., MASIERO, D. **Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco – Centro de Reabilitação.** *Acta Fisiátrica*, v.7, n.3, p.92-94, 2000.

BUENO, K.S., SUÁREZ, A.C., GARCÍA, M.E., KNIGHT, E.M.P. **Atención primaria de salud em la enfermedad cerebrovascular.** *Rev. Cubana Med Gen Integr*, v.15, n.5, p.548-554, 1999.

BUSS, P.M. et al. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública – Contribuição para o debate entre as Escolas da Saúde Pública da América Latina.** Rio de Janeiro, julho de 1998.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, P.M. **Promoção da Saúde da Família.** *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, v.2, n.6, p.50-63, 2002.

CAMARGOS, A.C.R., CÓPIO, F.C.Q., SOUSA, T.R.R., GOULART, F. **O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura.** *Rev. Bras. Fisioter.*, v.8, n.3, p.267-272, 2004.

CANDEIAS, N.M.F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.2, p.209-213, 1997.

CAR, M.R. **Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial.** *Rev. Esc. Enf. USP*, v.25, n.3, p.259-269, 1991.

CHAGAS, N.R., MONTEIRO, A.R.M. **Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral.** *Acta sci. Health sci*; v.26, n.1, p.193-204, jan.-jun. 2004.

COFFITO – CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – **Jornal do COFFITO**, set. 2005.

COHEN, H. **Neurociência para Fisioterapeutas incluindo correlações clínicas.** 2.ed. São Paulo: Manole, 2001.

COSTA, AC.M., ARAÚJO, E.P.R., RODRIGUES, T.A., BARBOSA, T.P. **A imagem corporal e o esquema corporal em pacientes com AVC.** *Revista Fisio & Terapia*, v.6, n.29, p.13, out.-nov.2001.

CREFITO 4 - CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO – Serviço Público Federal – **Leis e Atos Normativos das Profissões do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.** Gestão 2002-2006. Belo Horizonte, 1997.

CREFITO 4 - CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO – Serviço Público Federal – **Leis e Atos Normativos das Profissões do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional**. Gestão 2002-2006. Belo Horizonte, 2002.

DAVIES, P.M. **Passos a seguir: Um manual para o tratamento da hemiplegia no adulto**. 1.ed. São Paulo: Manole, 1996.

DICKSTEIN, R., DUNSKY, A., MARCOVITZ, E. **Motor imagery for gait rehabilitation in post-stroke hemiparesis**. *Physical Therapy*, v.84, n.12, p.1167-1177, dec. 2004.

DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: gestão 2001/2004**. Divinópolis, 2001.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

FALCÃO, I.V., CARVALHO, E.M.F., BARRETO, K.M.L., LESSA, F.J.D., LEITE, V.M.M. **Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde**. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.4, n.1, p.95-102, jan.- mar. 2004.

GAGLIARDI, R.J., RAFFIN, C.N., CABETTE, S.R.F. **Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral**. *Arq Neuropsiquiatr*, v.59, n.4, p.972-980, 2001.

GENTILE, M. Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, v.1, n.1, p.9-11, 1999.

GONTIJO, C.C.F. **Projeto para Implantação do Programa de Saúde da Família no município de Divinópolis**. Divinópolis, 1998. 26 p. (Mimeografado).

GOULART, F.R.P., BARBOSA, C.M., SILVA, C.M., TEIXEIRA-SALMELA, L.F., CARDOSO, F. **O impacto de um programa de atividade física na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson**. *Rev. Bras. Fisioter.*, v.9, n.1, p.49-55, 2005.

HARRIS, J.E., ENG, J.J., MARIGOLD, D.S., TOKUNO, C.D., LOUIS, C.L. **Relationship of balance and mobility to fall incidence in people with chronic stroke**. *Physical Therapy*, v.85, n.2, p.150-158, febr. 2005.

HORN, A.I., FONTES, S.V., CARVALHO, S.M.R., SILVADO, R.A.B., BARBOSA, P.M.K., DURIGAN, A.J., ATALLAH, A.N., FUKUJIMA, M.M., PRADO, G.F. **Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/hemiparéticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico**. *Arq Neuropsiquiatr*, v.61, n.3-B, p.768-771, 2003.

JETTE, D.U., LATHAM, N.K., SMOUT, R.S., GASSAWAY, J., SLAVIN, M.D., HORN, S.D. **Physical therapy interventions for patients with stroke in inpatient rehabilitation facilities**. *Physical Therapy*, v.85, n.3, p.238-248, mar. 2005.

JUNQUEIRA, R.T., RIBEIRO, A.M.B., SCIANNI, A.A. **Efeitos do fortalecimento muscular e sua relação com a atividade funcional e a espasticidade em indivíduos hemiparéticos.** Rev. Bras. Fisioter., v.8, n.3, p.247-252, 2004.

KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H., JESSEL, T.M. **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento.** Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1997.

KIM, C.M., ENG, J.J. **The relationship of lower-extremity muscle torque to locomotor performance in people with stroke.** Physical Therapy, v.83, n.1, p.49-57, jan. 2003.

LAUFER, Y. **The effect of walking aids on balance and weight-bearing patterns of patients with hemiparesis in various stance positions.** Physical Therapy, v.83, n.2, p.112-122, febr. 2003.

LAVINSKY, A.E., VIEIRA, T.T. **Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos.** Acta sci. Health sci; v.26, n.1, p.41-45, jan.-jun. 2004.

LEAVELL & CLARK. Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva. **Medicina Preventiva.** São Paulo: Mc Graw-Hill, 1976. p.11-36.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial. *In: O adulto brasileiro e as doenças da modernidade.* Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Rio de Janeiro: Hucitec, 1999. cap.5, p.86-92.

LINDQUIST, A.R.R., SILVA, T.A.B., BARROS, R.M.L., MATTIOLI, R., SALVINI, T.F. **A influência da estimulação elétrica funcional associada ao treinamento em esteira com suporte parcial de peso na marcha de hemiparéticos.** Rev. Bras. Fisioter., v.9, n.1, p.109-112, 2005.

LOLIO, C.A. **A hipertensão arterial e possíveis fatores de risco.** Rev. Saúde Pública, v.10, n.27, p.357-362, 1993.

MACIEL, A.C.C., GUERRA, R.O. **Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade.** Rev. Bras. Fisioter., v.9, n.1, p.17-23, 2005.

MCGINLEY, J.L., GOLDIE, P.A., GREENWOOD, K.M., OLNEY, S.J. **Accuracy and reliability of observation gait analysis data: judgments of push-off in gait after stroke.** Physical Therapy, v.83, n.2, p.146-160, febr. 2003.

MENDES, E.V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** Brasília, nov.1991.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a Saúde.** 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica.** Rev. bras. matern. infant., Recife, v.3, n.1, p. 113-125, jan.-mar. 2003.

- MORTENSON, P.A., ENG, J.J. **The use of casts in the management of joint mobility and hypertonia following brain injury in adults: a systematic review.** *Physical Therapy*, v.83, n.7, p.648-658, july. 2003.
- NEVES, P.P., FONTES, S.V., FUKUJIMA, M.M., MATAS, S.L.A., PRADO, G.F. **Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada.** *Revista Neurociências*, v.12, n.4, p.1-10, out.- dez. 2004.
- NORONHA, J.C., LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- OLIVER, F.C., ALMEIDA, M.C., TISSI, M.C., CASTRO, L.H., FORMAGIO, S. **Reabilitação baseada na comunidade: discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural.** *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.1, p.1-10, jan.- abr.1999.
- OLNEY, S.J., RICHARDS, C. **Hemiparetic gait following stroke.** *Gait & Posture*, v.4, p.136-148, 1996.
- PATTEN, C., LEXELL, J., BROWN, H.E. **Weakness and strength training in persons with poststroke hemiplegia: rationale, method and efficacy.** *Journal of Rehab R&B*, v.41, n.3A, p.293-312, may.-june. 2004.
- PIANCASTELLI, C.H. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: ARRUDA, B.K.G. (ORG) **A educação profissional em saúde e a realidade social.** Recife, IMIPI / Ministério da Saúde, p.121-140, 2001.
- PINHO, L., DIAS, R.C., SOUZA, T.R., FREIRE, M.T.F., TAVARES, C.F., DIAS, J.M.D. **Avaliação isocinética da função muscular do quadril e do tornozelo em idosos que sofrem quedas.** *Rev. Bras. Fisioter.*, v.9, n.1, p.93-99, 2005.
- PIRES, S.L., GAGLIARDI, R. J., GORZONI, M.L. **Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente cerebral isquêmico em idosos.** *Arq Neuropsiquiatr*, v.62, n.3-B, p.844-851, 2004.
- RADANOVIC, M. **Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário.** *Arq Neuropsiquiatr*, v.58, n.1, p.99-106, 2005.
- RAGASSON, C.A.P., ALMEIDA, D.C.S., COMPARIN, K. MISCHIATI, M.F. GOMES, J.T. **Atribuições do Fisioterapeuta no Programa e Saúde da Família: Reflexões a partir da prática profissional.** Experiência baseada na Residência em Saúde da Família (RSF), desenvolvida na UNIOESTE – Campus Cascavel em parceria com o Ministério da Saúde. Fonte: Coffito. Inserção 21/09/2003.
- REBELATTO, J.R. **Fisioterapia cotidiana: ações profissionais e decorrências para a população.** *Rev. Fisioter Univ. São Paulo*, v.5, p.36-48, 1998.
- REBELATTO, J.R., BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil.** 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.

RIBEIRO, K.S.Q. **A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde.** Fisioterapia Brasil, v.3, n.5, p.311-18, 2002.

ROWLAND, L.P. **Merrit – Tratado de Neurologia.** 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

RUBIANO, P.A. **A formação docente do professor de fisioterapia.** 2003. 173f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade de Franca, Franca.

SAMPAIO, R.F. **Promoção da saúde, prevenção de doenças e incapacidade: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma unidade básica de saúde.** Fisioter Mov, v.15, n.1, p.19-23, 2002a.

SAMPAIO, R.F. Uma experiência em Belo Horizonte. *In:* BARROS, F.B.M. **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora.** Fisiobrasil, Rio de Janeiro, p.11-15, 2002b.

SAMPAIO, R.F., FURTADO, S.R.C., VIANA, S.O., MERÉNYI, A. **Fisioterapia na atenção primária: uma experiência de integração entre ensino, serviço de saúde e assistência à comunidade.** Rev. bras. fisioter. v.7, n.2, p.159-165, 2003.

SAMPAIO, R.F., DRUMMOND A.F., MACIEL, R.V., SILVA, P.T.G. **Teoria, prática e realidade social: Uma perspectiva integrada para o ensino de Fisioterapia.** Fisioter Mov, Curitiba, v.11, n.12, p.11-16, 2004.

SANTANA, M.L., CARMAGNANI, M.I. **Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Saúde e Sociedade, v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SEGRE, M., FERRAZ, F.C. **O conceito de saúde.** Rev. Saúde Pública, v.31, n.5, p.538-542, 1997.

SEMUSA. **Projeto Municipal de Expansão do Saúde da Família:** Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – MG, 2003.

SENNA, M.C.M. **Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18 (Suplemento), p.203-211, 2002.

SES/Minas Gerais - **Programa de Saúde da Família – Procedimentos de Promoção e Vigilância à Saúde** – Governo do Estado de Minas Gerais. (Mimeografo).

SILVESTRE, J.A., NETO, M.M.C. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.839-847, mai.- jun. 2003.

STOKES, M. **Neurologia para Fisioterapeutas.** São Paulo: Editorial Premier, 2000.

TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção.** Salvador: Casada Qualidade Editora, 2001. 114 p.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F., OLIVEIRA, E.S.G., SANTANA, E.G.S., RESENDE, G.P. **Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos.** Acta Fisiátrica, v.7, n.3, p.108-118, 2000.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F., MAGALHÃES, L.C., SOUZA, A.C., LIMA, M.C., LIMA, R.C.M., GOULART, F. **Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.905-914, jul. - ago. 2004.

TERRA, R.M.H. **Perfil do paciente com insuficiência renal crônica em hemodiálise.** 2004. 133f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

TERRONI, L.M.N., LEITE, C.C., TINONE, G., FRÁGUAS, R.J. **Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva.** Rev. Assoc. Med. Bras., v.49, n.4, p.450-459, 2003.

TRAD, L.A.B., BASTOS, A.C.S. **O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.429-435, abr.- jun. 1998.

UMPHRED, D.A. **Fisioterapia Neurológica.** 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS – UEMG, FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE DIVINÓPOLIS – FUNEDI. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia.** Divinópolis, v.3, ago. 2002.

VEIGA, A.C., NEVES, C.A.S., MONTAGNA, P., KRANDA, S.S., VALLENÇA, S.S. **A atuação do fisioterapeuta na unidade básica de saúde.** Fisioterapia Brasil, v.5, n.3, p.246-249, maio – jun. 2004.

VÉRAS, M.M.S., PEREIRA, F.W.A., MANGUEIRA, J.O., MONTEIRO, M.P.A., LIMA, V.C.S., BARROCAS, T.C.P., LUCENA, D. **A inserção da fisioterapia na estratégia saúde da família em Sobral/CE.** SANARE, Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE, v.5, n.1, p. 93-100, jan. – fev. – mar. 2004.

ZÉTOLA, V.H.F., NÓVAK, E.M., CAMARGO, C.H.F., CARRARO, H.J., CORRAL, P., MUZZIO, J.A., IWAMOTO, F.M., COLETA, M.V.D., WERNECK, L.C. **Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos.** Arq Neuropsiquiatr, v.59, n.3-B, p.740-745, 2001.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo levantar a demanda de atuação do fisioterapeuta no município de Divinópolis - MG, com vistas no dimensionamento da necessidade deste profissional para atendimento fisioterapêutico a pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral e cadastrados no Programa de Saúde da Família de Divinópolis.

Os dados serão coletados na residência dos pacientes cadastrados no respectivo PSF, por meio de entrevista pela própria pesquisadora. As informações obtidas serão registradas em formulário próprio e serão mantidas em sigilo bem como a identificação dos participantes, que estarão livres para recusar a participação ou para abandonar a pesquisa em qualquer momento, não tendo, portanto, nenhum vínculo com a pesquisadora. Os participantes poderão solicitar esclarecimentos sobre as dúvidas que surgirem e ter acesso aos resultados obtidos quando desejarem.

A pesquisa destina-se à elaboração da dissertação de Mestrado da Fisioterapeuta Karina de Souza Dias, portadora de R.G. nº M-6.170.920 – SSP – MG e C.I.C. nº 963.970.806.25, CREFITO/4 nº 23.589 – F, aluna do curso de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN.

Declaro ter sido informado (a) das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e concordo em participar da mesma respondendo aos questionamentos.

Tenho ciência que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta. O voluntário deverá confirmar por meio deste documento, que concorda em participar do estudo, por vontade própria.

Divinópolis, _____ de _____ de 2005.

Paciente – RG nº _____

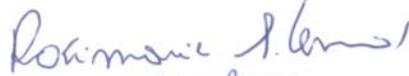
APÊNDICE B

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu, Karina de Souza Dias, portadora de R.G. nº M-6.170.920 – SSP – MG e C.I.C. nº 963.970.806.25, CREFITO/4 nº 23.589 – F, aluna do curso de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, venho por meio desta solicitar autorização da Secretaria Municipal da Saúde do município de Divinópolis - MG, para realização da pesquisa: “A DEMANDA POR CUIDADOS FISIOTERAPÊUTICOS DE PACIENTES PORTADORES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, VINCULADOS AO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE DIVINÓPOLIS - MG”, sob a orientação da Profa. Dra. Olga Maimoni Aguillar. A coleta de dados da pesquisa se dará através de entrevista semi-estruturada com o paciente e consulta ao prontuário para levantamento de alguns dados de interesse, como a confirmação do diagnóstico. A referida coleta de dados deverá se realizar após consentimento pós-informado aos pacientes. Será garantido o sigilo dos dados coletados dos pacientes entrevistados. Estes dados serão utilizados para elaboração de trabalho de : Dissertação de Mestrado da pesquisadora, assim como também poderão ser utilizados para o planejamento em saúde no município de Divinópolis.

Sem mais para o momento,

Aguardamos pronunciamento de V.sa

Autorizado: 
Rosemarie Siloa Lemos
Divisão de Ações Básicas de Saúde

Divinópolis, 2 de agosto de 2005


Karina de Souza Dias.

Ilma Sra.
Dra. Cláudia Cançado
Coordenadora do Programa de Saúde da Família do Município de Divinópolis - MG

Eu, Karina de Souza Dias, portadora de R.G. nº M-6.170.920 – SSP – MG e C.I.C. nº 963.970.806.25, CREFITO/4 nº 23.589 – F, aluna do curso de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, venho por meio deste solicitar autorização da Coordenação do Programa de Saúde da Família do Município de Divinópolis - MG para realização de pesquisa intitulada: “A DEMANDA POR CUIDADOS FISIOTERAPÊUTICOS DE PACIENTES PORTADORES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, VINCULADOS AO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE DIVINÓPOLIS - MG”, sob a orientação da Profa. Dra. Olga Maimoni Aguillar . A coleta de dados se dará através de entrevista semi-estruturada com o paciente e consulta ao prontuário para levantamento de alguns dados de interesse, como a confirmação do diagnóstico. A referida coleta deverá se dar após consentimento pós-informado aos pacientes. Será garantido o sigilo de cada um dos pacientes entrevistados. Os dados obtidos através dos discursos dos entrevistados serão utilizados para elaboração de Dissertação de Mestrado, assim como poderá servir de subsídios para o planejamento em saúde do Município de Divinópolis.

Sem mais para o momento,
Aguardamos pronunciamento de Vsa.

Autorizado
Cláudia Cançado
Cláudia Cançado F. Gonijo
CRM/MG: 17.589
Coord. PSF

Karina
Karina de Souza Dias.

Divinópolis, 2 de agosto de 2005

APÊNDICE C

FORMULÁRIO

A) DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome:
 Endereço:
 Telefone:
 Bairro: _____ Cidade: _____
 PSF:
 *Idade: _____ *Sexo: M () F () *Raça: _____
 *Escolaridade: _____ *Estado civil: _____
 *Renda Mensal: _____
 Responsável pela renda: Paciente () Cuidador () Dependente () Outros ()
 Número de pessoas que vivem da renda: _____
 *Profissão atual: _____ *Profissão anterior: _____

B) DADOS CLÍNICOS

*Diagnóstico clínico:
 *Diagnóstico cinesiológico-funcional:
 *Tempo de diagnóstico clínico:
 *Patologias associadas:

C) DADOS RELACIONADOS À MOBILIDADE

*Locomoção: SIM () NÃO ()
 *Estado acamado: Acamado () Não acamado ()
 *Tipo de locomoção: Com instrumento de auxílio () Sem instrumento de auxílio ()
 Não locomove () Outros: _____
 * Local de locomoção: Casa () Rua () Não locomove ()
 Outros: _____
 * Mudanças de postura: Dependente () Independente () Outros: _____

D) DADOS RELACIONADOS À APARÊNCIA GERAL, COMUNICAÇÃO E SENSIBILIDADE

*Aparência geral:
 *Doente/prostrado/acamado () Triste/Deprimido () Saudável ()
 Outros: _____
 *Déficit de comunicação:
 *SIM () NÃO ()
 Tipo de déficit: Cognitivo () Visual () Auditiva () Fala/Linguagem () Deglutição ()
 Outros: _____
 *Déficit de sensibilidade:
 * SIM () NÃO ()
 Tipo de déficit : Frio () Calor () Dor () Tato () Outros: _____
 Local do déficit:

E) DADOS RELACIONADOS AOS ASPECTOS SOCIAIS

* Atividades de lazer: SIM () NÃO ()
 Atividades de lazer realizadas: Rádio () Televisão () Igreja () Viagem () Passeios () Conversar com os amigos () Brincadeiras () Outros: _____

* Risco de Quedas: SIM () NÃO ()
 Escada () Tapetes/panos escorregadios () Pisos escorregadios () Buracos no terreno () Rampas () Outros: _____
 O ambiente da casa é (S = sim; N= não): Organizado () Ventilado () Iluminado () Bom estado de conservação () Outros: _____

* Acesso à rua: FÁCIL () DIFÍCIL ()
 Tipo de calçamento da rua (asfalto/ terra):
 * Tipo de Transporte: Ônibus() Carro próprio() Carro de Terceiros() Não é transportado() Outros: _____
 * Acesso ao transporte: Fácil () Difícil () Não tem acesso ()

F) DADOS RELACIONADOS ÀS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD'S)

* Dependência nas AVD's : Dependência total () Dependência parcial () Independência ().
 Maiores dependências:
 Alimentar-se() Vestir-se() Ir ao banheiro() Tomar banho() Atividade domésticas() Preparar refeições () Estudar () Brincar () Trabalhar () Fazer compras ()
 Outros: _____

G) DADOS RELACIONADOS AO CUIDADOR

* Identificação do cuidador: Família () Vizinho () Outros () Não tem cuidador ()
 * Cuidador recebeu orientações: SIM () NÃO ()
 * Dificuldades do cuidador em lidar com o dependente: SIM () NÃO ()
 Maiores dificuldades encontradas pelo cuidador:

H) DADOS RELACIONADOS AO TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA

* Conhecimento do Trabalho do Fisioterapeuta:
 * **O dependente conhece o trabalho do fisioterapeuta? Sim () Não ()**
 * O cuidador conhece o trabalho do fisioterapeuta? Sim () Não ()
 * **Tratamento Fisioterapêutico:**
 * O dependente faz sessões de fisioterapia? Sim () Não ()
 Se faz, onde faz?
 Quantas vezes por semana?
 Se não faz, por quê não faz?
 * Sente necessidade de fazer fisioterapia? Sim () Não () Não sabe ()
 * **Trabalho do Fisioterapeuta no PSF**
 * Sentiu necessidade do Fisioterapeuta no PSF após o AVC? Sim () Não () Não sabe ()
 * Acha importante inserir o trabalho do Fisioterapeuta no PSF? Sim () Não () Não sabe ()
 * Deseja um Fisioterapeuta no PSF que você está cadastrado? Sim() Não() Não sabe ()

ANEXO A



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Relatório PMA 2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
NOME DO PSF/PACS:					

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO

ATIVIDADE / PRODUÇÃO		MARCADORES	
CONS. MÉDICA	Residentes fora da área de abrangência	< 1	Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos
		1 - 4	Acidentes Vasculares Cerebrais
		5 - 9	Infarto Agudo do Miocárdio
	Residentes na área de abrangência da equipe	10 - 14	DHEG (forma grave)
		15 - 19	Doença Hemolítica Perinatal
		20 - 39	Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos
		40 - 49	Meningite tuberculosa em menores de 5 anos
		50 - 59	Hanseníase com grau de incapacidade II e III
		60 ou mais	Citologia Oncológica NIC III (cáncer in situ)
		Total	RN com peso < 2500g
Total Geral de Consultas		Gravidez em < 20 anos	
Tipo de Atendimento de Médico e de enfermeiro	Puericultura	Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
	Pré-Natal	Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
	Prevenção do Câncer Cérvico Uterino	Hospitalizações por abuso de álcool	
	DST/AIDS	Hospitalizações por complicações do diabetes	
	Diabetes	Hospitalizações por qualquer causa	
	Hipertensão Arterial	Internações em Hospital Psiquiátrico	
	Hanseníase	Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Tuberculose	Óbitos em < 1 ano por diarreia		
Solicitação Médica de Exames Complementares	Patologia clínica	Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
	Radiodiagnóstico	Óbitos em mulheres de 10 a 49 anos	
	Citopatológico Cérvico-vaginal	Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	
	Ultrasonografia Obstétrica		
	Outros		
Encaminhamentos Médicos	Atend. Especializado		
	Internação Hospitalar		
	Urgência/Emergência		
Internação Domiciliar		VISITAS DOMICILIARES	
PROCEDIMENTOS	Atendimento específico para AT	Médico	
	Visita de Inspeção Sanitária	Enfermeiro	
	Atend. Individual Enfermeiro	Outros profissionais de nível superior	
	Atend. Indiv. outros prof. nível superior	Profissionais de nível médio	
	Curativos	ACS	
	Inalações	Total	
	Injeções		
	Retirada de pontos		
	Terapia da Reidratação Oral		
	Sutura		
	Atend. Grupo - Educação em Saúde		
	Procedimentos Coletivos (PCI)		
	Reuniões		

Responsável: _____

Pela Informação: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

ANEXO B

UNIVERSIDADE DE FRANCA

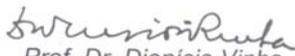
Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e de Pós-Graduação

CEP - Comitê de
Ética
em Pesquisa

DECLARAÇÃO

Declaro que o trabalho (Protocolo nº 097/05), intitulado “A demanda por cuidados fisioterapêuticos de pacientes portadores de Acidente Vascular Cerebral, vinculados ao Programa saúde da Família de Divinópolis - MG”, de autoria de **Karina de Souza Dias**, por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Franca – SP (registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005), foi aprovado em reunião realizada em 07 de setembro de 2005.

Franca, 17 de setembro de 2005


Prof. Dr. Dionísio Vinha
Presidente do CEP e Pró-Reitor
Adjunto de Pesquisa e de Pós-Graduação

ANEXO C



RELATÓRIO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Pós-Graduação

Nome: KARINA DE SOUZA DIAS

PROCESSO: 598420

C.P.F.	R.G.	Título Eleitoral	Reservista
963.970.806-25	M-6170920	974650302/81	
Curso	Nível	Nome	
393	MESTRADO	PROMOÇÃO DE SAÚDE	
Área de concentração			
MÉTODOS TERAPÊUTICOS, BIOMECÂNICOS E FÍSICOS UTILIZADOS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA			
Data Exame	Avaliação		
18/11/2005	(X) APROVADO () REPROVADO		

A aluna demonstrou estar preparada para desenvolver seu Projeto de Dissertação, tendo discutido as diversas questões que lhe foram colocadas pelos examinadores, tanto com respeito à orientação teórica e metodológica, quanto com respeito a problemas científicos.

Título da Dissertação: PERFIL DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL VINCULADOS AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS-MG; a demanda por cuidados fisioterapêuticos. Está, por isso, aprovada.

Presidente / Nome - Orientador	Assinatura
PROFA. DRA. OLGA MAIMONI AGUILLAR	<i>Olga Maimoni Aguillar</i>
Membro / Nome - Banca	Assinatura
PROFA. DRA. BRANCA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS	<i>Branca Maria de Oliveira Santos</i>
Membro / Nome - Banca	Assinatura
PROFA. DRA. CLAUDIA SANTOS OLIVEIRA	<i>Claudia Santos Oliveira</i>
Membro / Nome - Coordenador	Assinatura
PROF. DR. DIONÍSIO VINHA	<i>Dionísio Vinha</i>

Tatiana Mendonça Rodrigues
Tatiana Mendonça Rodrigues
Secretária de Pós-Graduação
RG: 30.125.036-4 SSP/SP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)