



Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

**Saberes e
Competências
em Fisioterapia e
Terapia Ocupacional 2**

Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S115	Saberes e competências em fisioterapia e terapia ocupacional 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Anelice Calixto Ruh. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-471-9 DOI 10.22533/at.ed.719191007 1. Fisioterapia. 2. Terapia ocupacional. 3. Saúde. I. Ruh, Anelice Calixto. II. Série. CDD 615
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A Fisioterapia e a Terapia Ocupacional eram vistas como profissões secundárias na saúde pública, mas de uns anos para cá se tornaram primordial nas equipes de atenção primária a saúde, incluindo serviços de emergência e urgência, prevenção e tratamento.

Como estes profissionais dispensam uma atenção e contato direto com o paciente, devem estar atentos a sua forma de trabalho e carga horária. Estas condições e as formas de organização do processo de trabalho podem proporcionar equilíbrio e satisfação, como podem gerar tensão, insatisfação e conseqüentemente adoecimento do trabalhador. Neste volume encontramos uma revisão muito importante a cerca deste tema ainda não explorado.

No âmbito da terapia ocupacional a música se torna um instrumento de reabilitação, reinserção, tratamento e prevenção de muitos desvios comportamentais principalmente dos jovens.

Alvo de discriminação pessoas com problemas de saúde mental eram excluídas da sociedade. Mas as práticas de cuidado em saúde mental atualmente têm demonstrado experiências positivas de inclusão social por meio de diversos dispositivos, dentre eles o trabalho, confirmando uma estratégia potente no processo de emancipação e de autonomia das pessoas com transtornos mentais.

Ainda neste volume encontramos artigos sobre doenças relacionadas ao envelhecimento.

Se atualize constantemente!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES CRÍTICOS	
Geiferson Santos do Nascimento Keli Nascimento de Araújo Railton da Conceição Menezes Silviane Passos Monteiro	
DOI 10.22533/at.ed.7191910071	
CAPÍTULO 2	14
SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Cleide Lucilla Carneiro Santos Carlito Lopes Nascimento Sobrinho Gabriella Bene Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.7191910072	
CAPÍTULO 3	30
FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS FISIOTERAPEUTAS EGRESSOS DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	
Alana Maiara Brito Bibiano Emanuella Pinheiro de Farias Bispo Marília Martina Guanaany de Oliveira Tenório Roberto Firpo de Almeida Filho Michelle Carolina Garcia da Rocha	
DOI 10.22533/at.ed.7191910073	
CAPÍTULO 4	40
A PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: ANALOGIA ENTRE A PROPOSTA DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E UMA REALIDADE NA REGIÃO AMAZÔNICA	
Geiferson Santos do Nascimento Isabella Naiara de Almeida Moura	
DOI 10.22533/at.ed.7191910074	
CAPÍTULO 5	54
HIP HOP E TERAPIA OCUPACIONAL : IDENTIDADE, CONSCIENTIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE JOVENS	
Heliana Castro Alves Natasha Pompeu de Oliveira Aline Dessupoio Chaves	
DOI 10.22533/at.ed.7191910075	
CAPÍTULO 6	67
DELINEANDO O CAMINHO: SELECIONANDO DESCRITORES PARA REVISÃO INTEGRATIVA NO ÂMBITO DA TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL	
Yuri Fontenelle Lima Montenegro Chrystiane Maria Veras Porto Marilene Calderaro Munguba	
DOI 10.22533/at.ed.7191910076	

CAPÍTULO 7	78
TERAPIA OCUPACIONAL E O MOVIMENTO DE ARTES E OFÍCIOS: UMA PROPOSTA ONTOLÓGICA DO FAZER ARTESANAL	
Geruza Valadares Souza Marcus Vinicius Machado de Almeida	
DOI 10.22533/at.ed.7191910077	
CAPÍTULO 8	98
IMPLEMENTAÇÃO DE PROCESSOS FORMATIVOS POR MEIO DE CENTROS REGIONAIS DE REFERÊNCIA PARA AGENTES E TRABALHADORES ATUANTES NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS	
Andrea Ruzzi-Pereira Paulo Estevão Pereira Ailton de Souza Aragão Rosimar Alves Querino Erika Renata Trevisan	
DOI 10.22533/at.ed.7191910078	
CAPÍTULO 9	109
O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL PARA A ARTICULAÇÃO TERRITORIAL NO ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS	
Ailton de Souza Aragão Rosimár Alves Querino Erika Renata Trevisan Andrea Ruzzi Pereira Paulo Estevão Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.7191910079	
CAPÍTULO 10	126
ITINERÁRIOS EM SAÚDE MENTAL: TENDÊNCIAS E NECESSIDADES	
Raphaela Schiassi Hernandes Genezini Bianca Gonçalves De Carrasco Bassi	
DOI 10.22533/at.ed.71919100710	
CAPÍTULO 11	141
OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA EM SAÚDE MENTAL: INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO	
Erika Renata Trevisan Ana Cláudia Ramos Fidencio Andrea Ruzzi Pereira Ailton de Souza Aragão Paulo Estevão Pereira Rosimar Alves Querino	
DOI 10.22533/at.ed.71919100711	
CAPÍTULO 12	155
ENSAIO TEÓRICO-PRÁTICO EM TERAPIA OCUPACIONAL:REINVENTANDO LUGARES E ESCOLHAS OCUPACIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	
Rita de Cássia Barcellos Bittencourt Luiz Antonio Pitthan	
DOI 10.22533/at.ed.71919100712	
CAPÍTULO 13	169
APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM POSTURAL EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA	

DE PARKINSON (EAIP-DP): ESTUDO PILOTO

Milena Velame Deitos
Karen Valadares Trippo

DOI 10.22533/at.ed.71919100713

CAPÍTULO 14 183

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON TRATADOS COM EXERGAME: UMA SÉRIE DE CASOS

Karen Valadares Trippo
Carolina Ferreira Oliveira
Daniel Dominguez Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.71919100714

CAPÍTULO 15 200

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) PROVENIENTES DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE MAIA (HRTM)

Oziel Tardely Sousa Farias
Vinícius Carlos de Oliveira Amorim
Pablo de Castro Santos

DOI 10.22533/at.ed.71919100715

CAPÍTULO 16 215

AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO E MOBILIDADE EM IDOSOS COM GONARTROSE

Jhonata Clarck Rodrigues da Silva
Dominique Babini Lapa de Albuquerque
Dianny Dairly Barbosa de Lucena

DOI 10.22533/at.ed.71919100716

SOBRE A ORGANIZADORA..... 223

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) PROVENIENTES DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE MAIA (HRTM)

Oziel Tardely Sousa Farias

Universidade Potiguar/Campus Mossoró.
Mossoró/RN

Vinícius Carlos de Oliveira Amorim

Universidade Potiguar/Campus Mossoró.
Mossoró/RN

Pablo de Castro Santos

Universidade do Estado do Rio
Grande do Norte - UERN

RESUMO: O acidente vascular encefálico pode ser definido como um quadro neurológico agudo, provocado pela obstrução vascular que causa isquemia em determinada área do encéfalo ou, pelo rompimento de vasos sanguíneos que irrigam essa região, ocasionando à hemorragia. O presente estudo tem como objetivo identificar e discutir os casos sobre acidente vascular encefálico (AVE) ocorridos na cidade de Mossoró-RN, no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2011, provenientes de dados do Hospital Regional Tarcísio Maia. A pesquisa terá caráter quantitativo-descritivo onde consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal objetivo é o esboço ou estudo das características de fatos ou fenômenos. No referido estudo, foram avaliados 2891 prontuários do HRTM, desses foram registrados 603 casos, perfazendo 20,85% analisados entre janeiro de 2007 a janeiro de 2011 e foram

verificadas a incidência de acidente vascular encefálico 47,27% (n= 285) em homens e 45,43% (n=274) em mulheres e 7,30% (n=44) não apresentaram idade preenchida no formulário. O resultado apresentado por esse estudo revela uma necessidade de uma política voltada para a catalogação de dados referentes ao AVE. Deste modo, espera-se que os dados revelados orientem uma política local para uma elaboração e realização de uma estratégia na catalogação de dados referente ao Acidente Vascular Encefálico na cidade de Mossoró-RN.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico, Epidemiologia, Mossoró-RN.

ABSTRACT: Stroke can be defined as an acute neurological condition, caused by vascular obstruction causing ischemia in certain areas of the brain or by disruption of blood vessels supplying this region, leading to hemorrhage. This study aims to identify and discuss the cases of CVA occurred in the town of Mossoró, RN, from January 2007 to January 2011, data from the Hospital Regional Tarcísio Maia. The research will be quantitative-descriptive character which consists of empirical research whose main goal is to sketch or study of the characteristics of facts or phenomena. In this study, we evaluated medical records of HRTM 2891, these 603 cases were recorded, analyzed accounting for 20.85% from January 2007 to

January 2011 and verified the incidence of stroke, 47.27% (n = 285) in men and 45.43% (n = 274) in women and 7.30% (n = 44) had not completed the old form. The results presented in this study reveals a need for a policy for the collection of data related to stroke. Thus, it is expected that the data revealed a local policy to guide development and implementation of a strategic one in the cataloging data for the CVA in the city of Mossoró-RN.

KEYWORDS: Cerebrovascular Accident, Epidemiology, Mossoró-RN

1 | INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico pode ser definido como um quadro neurológico agudo, provocado pela obstrução vascular que causa isquemia em determinada área do encéfalo ou, pelo rompimento de vasos sanguíneos que irrigam essa região, ocasionando à hemorragia. Esta enfermidade desenvolve rapidamente sinais clínicos provocando conseqüência de distúrbios locais ou globais da função na área afetada com duração maior que 24 horas (MAKIYAMA, 2004). Conforme dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a principal causa de mortes no Brasil entre os óbitos por doenças cerebrovasculares, com 70.232 óbitos que foram registrados no ano de 2008, é a doença que gera a principal causa de incapacidade de pessoas acometidas no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Apesar da manifestação predominar em faixas etárias mais elevadas, seu impacto socioeconômico é maior quando acomete pacientes jovens, onde os mesmos fazem parte da faixa etária de maior resposta na economia. Nessa população, a incidência anual de eventos isquêmicos é estimada entre 6 e 26 para 100.000 habitantes (BARTZ et al. 2006). Segundo Nunes (2005) a inaptidão funcional é uma das seqüelas mais importantes em pessoas acometidas pelo AVE, unificada ao déficit cognitivo, sugerindo uma forte influência negativa na reabilitação a longo prazo e na sobrevivência destes pacientes. Visando isso, a reabilitação deve facilitar a capacidade de reorganização motora, funcional e social, aliada a recuperação espontânea com estímulos terapêuticos e do ambiente familiar.

De acordo com Lessa et al. (2004) existem várias condições que representam fatores de risco para o desenvolvimento do AVE:

“Os fatores de risco modificáveis que estão estabelecidos para AVE, são: hipertensão, diabetes, fumo, fibrilação atrial, outras doenças cardíacas, hiperlipidemias, sedentarismo, estenose carotídea assintomática, ataques isquêmicos transitórios, e os fatores de risco não- modificáveis são: idade, sexo, raça, etnia e hereditariedade, e outros fatores tais como: álcool, anticorpo antifosfolípídeo, homocisteína elevada, processo inflamatório e infecção (CHAVES, 2000, p. 373).”

A fisioterapia pode colaborar, e muito, para atenuar ou até mesmo cessar por completo a maioria dessas seqüelas. Antes de tudo, deve-se investigar o que causou o AVE e, posteriormente, iniciar o trabalho na elucidação desse novo desafio. Logo

que o paciente esteja estabilizado e informado de sua situação e da extensão de acometimento, deve-se iniciar a fisioterapia. O tratamento fisioterápico inicial deve ser intensivo, eficaz, e continuamente necessário, principalmente, capaz de prevenir as possíveis complicações, contribuindo assim, na expectativa e no aumento da qualidade de vida do paciente. A recuperação pós AVE significa auxiliar o paciente a usar totalmente toda sua capacidade dentro de suas condições, e reassumir sua vida anterior. Essa reabilitação consiste na execução de um tratamento planejado, através do qual possibilitará a pessoa acometida, manter ou evoluir para o maior grau de independência possível. Um aspecto extremamente primordial é incentivar o paciente a ter uma maior independência para realização de suas atividades diárias, mais simples as mais complicadas. Outro aspecto importante que deve ser enfatizado é o da aceitação pelo paciente como também da família, de que o tratamento evolui lentamente e gradual. Observa-se também que o tempo para a reabilitação, parcial ou total, está relacionado com a lesão, o grau das seqüelas do AVE e outros agravantes, como, por exemplo, a presença de quadro depressivo.

Este trabalho é de suma importância, pois na região não existe política voltada para a catalogação de dados referente ao Acidente Vascular Encefálico. Vale salientar que o estado do Ceará é considerado a região que tem o maior índice no país, fato este relacionado à obrigatoriedade dos hospitais em catalogar esses dados. Importante destacar que, os hábitos sociais e alimentares de nossa região equivalem-se ao dos cearenses, portanto uma abordagem direta dos hospitais na obrigatoriedade de registrar esses eventos seria de suma contribuição para que recursos do SUS fossem destinados para o tratamento da doença em questão.

1.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo identificar e discutir os casos sobre acidente vascular encefálico (AVE) ocorridos na cidade de Mossoró-RN, no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2011, provenientes de dados do Hospital Regional Tarcísio Maia.

1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Coletar os dados no serviço de arquivo médico (SAME) do Hospital Regional Tarcísio Maia;
- ✓ Confrontar os dados de acordo com sexo/faixa etária/freqüência de incidência;
- ✓ Discutir os dados obtidos com os descritos na literatura;
- ✓ Proporcionar aos alunos a vivencia prática da construção de uma pesquisa;
- ✓ Construir artigo científico com os resultados encontrados.

1.3 Justificativa e Relevância da Pesquisa

O conhecimento a respeito dos fatores de risco vasculares da população, associados à identificação de indivíduos com alto risco de doença cerebrovascular, possibilitará a criação de estratégias para a prevenção, tanto primária, como secundária do AVE. Além disso, a divulgação intensa junto aos profissionais da área da saúde e familiares da existência de fatores de risco, assim como mecanismos interventores acessíveis e de tratamento eficaz na fase aguda, permite uma melhor qualidade de vida a familiares e pessoas acometidas pelo AVE. Segundo Harboe-Gonçalves (2007) o acidente vascular encefálico (AVE) é causa de 30% dos óbitos cerebrovasculares, sendo o AVE isquêmico responsável por 80% dos casos, este estudo pretende justificar sua relevância fundamentando-se na relação que não há no presente momento, pois atualmente não há nenhum estudo retrospectivo que mostre os dados epidemiológicos referente ao número de pessoas acometidas pelo acidente vascular encefálico na cidade de Mossoró-RN.

Um papel importante do terapeuta é alertar a população quanto aos riscos que está sendo submetida em virtude de determinados comportamentos alimentares, sedentários, de estresse ou devido a falta de informação necessárias que contribuem com o acontecimento do AVE.

1.4 Problemática

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica, de natureza complexa, que afeta o funcionamento do cérebro por consequência da interrupção da circulação cerebral ou de hemorragias. Apresenta grande prevalência no Brasil e tem avançado bastante nas últimas décadas, devendo ser considerada uma emergência médica. Diante dessa constatação, esse estudo tem como problema de pesquisa a identificação do perfil epidemiológico característico a população mossoroense acometidas pelo AVE.

Em outubro de 2009 a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e o Hospital Geral de Fortaleza divulgaram resultados onde foram evitados 200 óbitos e 400 pacientes ficaram livres de seqüelas provocadas pelo Acidente Vascular Encefálico. “Esses números são uma comprovação de que com assistência rápida e de qualidade é possível controlar e reduzir o AVE, a doença que mais mata no Ceará e no Brasil”, afirmou a Secretaria da Saúde do Estado em 2010.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição do AVE

De acordo com André (2006) o acidente vascular encefálico (AVE) pode ser definido como déficit neurológico focal súbito, decorrente de uma lesão vascular. Podem ser incluídas lesões causadas por distúrbios da coagulação e hemodinâmicos, mesmo sem haver alterações venosas ou arteriais detectáveis. Segundo Mausner (1999) o AVE pode ser caracterizado como um complexo de sintomas de deficiência neurológica com duração de pelo menos vinte e quatro horas resultando em lesões cerebrais devido a alterações na irrigação em determinada região do encéfalo. O'Sullivan (2004) afirma que o AVE, mais conhecido como derrame, é o resultado de uma restrição na irrigação sanguínea no cérebro, causando lesão celular e danos às funções neurológicas.

2.2 Classificação do AVE

De acordo com Gurgel (2003), a Sociedade de Cirurgia Vascular – Americana e Sociedade Internacional de Cirurgia Cardiovascular propõem uma classificação clínica para o AVE em:

- a) Assintomático - Não há indicação ou sintoma de doença;
- b) Ataque Isquêmico Transitório (AIT) - Sintomas que envolvem totalmente em menos de 24 horas;
- c) Acidente Vascular Encefálico (AVE) Reversível – Caracterizado por sintomas que envolvem totalmente entre 24 horas e 03 semanas;
- d) AVE permanente – Sintomas e sinais que perduram por mais de 3 semanas; déficit pequenos ou maiores;
- e) AVE em evolução – Apresenta déficit neurológico progressivo com aumento do território inicial afetado.

2.2.1 AVE Hemorrágico

O AVE hemorrágico (AVEh) é resultante de uma ruptura do vaso de qualquer região da cavidade craniana, com diminuição acentuada da perfusão cerebral próxima ao hematoma e compressão local. A hemorragia está presente em 20% das enfermidades cérebro vasculares (STOKES, 2004; OLAVARRIA et al., 2002). No mesmo, podem ser encontradas hemorragias intraparenquimatosas, intraventriculares, subaracnóideas, subdurais e epidurais, de acordo com a sua localização (RIBEIRO, 2005). Na maioria dos casos os AVE's hemorrágicos decorrem pela presença de um aneurisma sacular hipertensivo rompido ou má formação arteriovenosa. Os aneurismas cerebrais são encontrados especialmente na porção anterior do polígono de Willis (UMPHRED, 2004).

O AVEh é originado de uma hemorragia subaracnóidea (HSA), geralmente decorrendo de uma ruptura de aneurisma sacular congênito localizado na artéria do polígono de Willis e a hemorragia intraparenquimatosa (HIP), cujo mecanismo etiológico básico é a degeneração hialina de artéria intraparenquimatosa cerebral, tendo como principal afecção associada a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Um dos principais aspectos a serem observados na origem dos aneurismas saculares intracranianos é a composição do colágeno da camada média da parede arterial. Diversas fibras o compõem, em proporção compatível para lhe conferir resistência e elasticidade. Pontos da parede arterial com diminuição dessas características, submetidos ao estresse hemodinâmico, sofreriam dilatação, paulatina ou episódica, onde a microscopia evidencia uma camada média afilada ou ausente.

O papel do estresse hemodinâmico é demonstrado pelo crescimento da incidência com a idade, pela localização preferencial (embora não exclusiva) dessas lesões nos vasos do polígono de Willis e na circulação anterior, e pela direção de crescimento dos aneurismas, que respeita a do fluxo, em geral (SCHIEVINK, 1997).

2.3.2 AVE Isquêmico

O AVE isquêmico pode decorrer nas formas trombótica, embólica ou lacunar (O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2004). A aterosclerose, agente mais comum causador é grande fator de risco da forma isquêmica, é dado como resultado de um acúmulo de lipídios, carboidratos complexos, componentes do sangue e materiais intercelulares; é uma doença crônica e progressiva dos vasos sanguíneos, afetando o metabolismo e as células nas artérias e promovendo o comprometimento da camada íntima do tecido e diminuindo o canal de passagem do mesmo. (SOUZA et al., 2005). Durante o processo aterosclerótico existe uma reação inflamatória proliferativa, em resposta as várias lesões da parede arterial, que desencadeia um processo de estresse oxidativo. A etiologia desta inflamação pode ser ocasionada por diversos fatores como: tabaco, hipoglicemia, hipertensão, infecções ou por uma resposta imune (PERDIGÃO, 1999).

No começo do processo as plaquetas ativas unem-se no endotélio lesado, com liberação de fatores de crescimento e citocinas, que são encarregadas pela migração e proliferação das células da musculatura lisa da camada média e íntima do vaso. Com o poder de proliferação destas células elevadas, há maior síntese de colágeno e, conseqüentemente, aumento de lipoproteínas (LDL) nos macrófagos (GURGEL, 2003).

Segundo Greenberg (2002), a maior incidência de aterosclerose ocorre na região de bifurcação dos vasos, a partir do início da artéria carótida interna, distalmente a bifurcação da carótida comum. Os macrófagos irão deslocar-se para o local da lesão, proporcionando alterações na permeabilidade das células lesadas, que acarretarão na formação de células esponjosas e a diminuição da elasticidade devido à destruição gradual da membrana elástica. Nesta situação pode acarretar na ruptura da membrana

e exposição das plaquetas e componentes de ateroma, formando os fragmentos embólicos em potencial. O acúmulo de colesterol também é outra consequência da presença das células esponjosas, ocasionando, conseqüentemente, a formação da placa de ateroma. Logo após, as fibras de fibrina ligam-se ao vaso, promovendo diminuição do lúmen e evoluindo para a formação do trombo (SALDANHA, 1998). Os trombos são, portanto, resultantes da agregação plaquetária, coagulação da fibrina e queda da fibrinólise.

Estes fatores são os encarregados pelo desenvolvimento dos sintomas de infarto cerebral, onde os mesmos promovem o fechamento e isquemia de uma ou mais artérias cerebrais. Já os êmbolos são originados por segmentos de materiais como gordura, trombos e bactérias, que são excretados na corrente sanguínea e são perfundidos até as artérias cerebrais, onde irão ocasionar oclusão e infarto (O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2004).

O infarto embólico é responsável por cerca de 30% dos casos de derrame isquêmico, a perda súbita de perfusão arterial para uma determinada área do cérebro gera sinais clínicos abruptos. A embolia na maioria dos casos é oriunda de alterações cardíacas (sendo as mais comuns as valvulopatias cardíacas, o aneurisma ventricular e as miocardiopatias), podendo ocorrer também por problemas cirúrgicos em pulmões ou fraturas ósseas que desenvolvem embolia gordurosa (ROWLAND e MERRI, 2002).

Geralmente as artérias comprometidas são ramos de pequeno diâmetro da artéria cerebral média, chamadas de lenticuloestriadas, assim como também os ramos da cerebral anterior, posterior e artérias basilares (GANS e DELISA, 2002). Em resposta a alterações fisiológicas, os vasos podem alterar seu diâmetro para propor uma auto-regulação do sistema. Então, quando há oscilação da pressão sanguínea das arteríolas encefálicas, essas contraem e dilatam-se. Estas modificações ocorrem para que possibilite uma manutenção do fluxo sanguíneo na região frente a essas alterações fisiológicas.

A pressão sanguínea encefálica é considerada normal entre 60 a 150mmHg, oscilações acima desses valores obrigam o sistema de auto-regulação a entrar em ação (KANDEL, et al., 2003). Nas pessoas que sofrem de hipertensão arterial este sistema de auto regulação é desviado para níveis maiores alcançando de 180 a 200mmHg, fazendo com que o fluxo sanguíneo eleve-se rapidamente, promovendo uma dilatação dos vasos cerebrais, resultando em edema cerebral.

Nesse caso, haverá compressão dos vasos sanguíneos e diminuição do fluxo, ocasionando uma isquemia que causará a dilatação arteriolar com aumento da pressão e produzindo, cada vez mais, aumento do edema (GUYTON, 2006). Outro tipo de auto-regulação manifestada por alterações no pH e em concentrações de gases como CO₂ e O₂. Quando a concentração de CO₂ aumenta ocorre uma ação vasodilatadora dos vasos cerebrais, provavelmente decorrente das alterações do pH extracelular, o inverso ocorre quando há uma redução do CO₂.

Com o oxigênio ocorre o mesmo, os mecanismos são muito primordiais para a

defesa do sistema encefálico por elevar a liberação de oxigênio e retirar os metabólitos ácidos quando estão presentes a hipóxia ou a isquemia. Além disso, promovem a regulação instantânea do fluxo sanguíneo da região a fim de dar suporte a demanda que é necessária perante as alterações rápidas de oxigênio e glicose (KANDEL et al., 2003). Então, decorrente da oclusão dos vasos, sempre as concentrações de substâncias como glicose e oxigênio estarão diminuídas no sistema nervoso central, podendo promover após 30s alterações do metabolismo.

Caso a disfunção continue por mais de 1 minuto, pode ocorrer a perda da função cerebral da região. Logo após 5 minutos de modificações nesse metabolismo ocorrem infarto na região, porém os danos causados podem ser reversíveis quando o fluxo de oxigênio é retornado rapidamente. A função não retornando, a cascata de eventos tem seu início, onde o aumento das necessidades metabólicas e a baixa reserva de nutrientes fazem com que o cérebro sofra lesões isquêmicas focais ou disseminadas (ROWLAND e MERRI, 2002; DIAS et al., 2000).

Segundo Kurl et al. (2003), No processo de isquemia ocorre excreção de glutamato que promoverá a abertura dos canais de cálcio e seu influxo no citoplasma neuronal em níveis alterados, gerando lesões nas organelas, assim como modificações no metabolismo e na função neuronal.

A manutenção do excesso de glutamato é decorrente de cálcio que proporcionam a perda da função mitocondrial e uma elevação na produção de radicais livres, que causam lesões na membrana lipídica através da peroxidação lipídica. Uma vez iniciada a cascata enzimática essa terá como conseqüência a necrose neural, a partir do processo denominado teoria da toxicidade excitatória ou excitotoxicidade. Dias et al. (2000), demonstrou em seu estudo que as lesões isquêmicas focais são compostas por três diferentes áreas.

Nitrini e Bacheschi (2005) descrevem a existência de estreita relação entre o tamanho da área de penumbra e a extensão da lesão, esses fatores influenciam o prognóstico e a recuperação funcional. Embora imagine-se que lesões de hemisférios dominantes relacionados com a linguagem repercutam em maior dificuldade de recuperação, tem sido sugerido que lesões do lado não dominante, com alterações de reconhecimento do hemicorpo parético e do espaço, podem ser ainda mais incapacitantes.

2.3 Sinais e Sintomas

De acordo com a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação o paciente acometido pelo AVE deve ser tratado imediatamente depois que acontece mas, é possível prever que está para acontecer. É importante saber os sintomas mais freqüentes:

- ✓ Diminuição ou perda súbita da força na face, braço ou perna de um lado do

corpo;

- ✓ Alteração súbita da sensibilidade com sensação de formigamento na face, braço ou perna de um lado do corpo;
- ✓ Perda súbita de visão num olho ou nos dois olhos;
- ✓ Alteração na dicção, incluindo dificuldade para falar e expressar ou para compreender a linguagem;
- ✓ Cefaléia súbita e intensa sem causa aparente;
- ✓ Fraqueza, vertigem súbita intensa e desequilíbrio associado a náuseas ou vômitos.

A inaptidão funcional é uma das conseqüências mais importantes em decorrência do AVE, aliada à diminuição da função cognitiva, sugerindo uma forte influência negativa na recuperação a longo prazo e na sobrevivência destes pacientes. Sendo assim, a reabilitação deve facilitar a capacidade de reorganização cerebral, aliando a recuperação espontânea com estímulos terapêuticos e do ambiente social e familiar.

3 | METODOLOGIA

A pesquisa de caráter exploratório oferece maior familiaridade com o problema e, dessa maneira, torná-la mais explícita. E a pesquisa descritiva “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno”.

Segundo Lakatos (2009) a pesquisa terá caráter quantitativo-descritivo onde consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal objetivo é o esboço ou estudo das características de fatos ou fenômenos. Esse estudo utiliza-se de métodos formais, estatísticos e de precisão com o objetivo de verificar as possíveis suposições a respeito da temática. Todas essas pesquisas utilizam-se de números para coleta de dados de diversos contingentes, como: populações, programas, ou amostras de populações e programas. Onde os mesmo já podem existir ou serem elaborados para empregarem procedimentos de amostragem, e este estudo é exatamente de descrição de população que é um estudo quantitativo-descritivo, tendo como principal função, o relato dos perfis e características em números de populações em geral, organizações ou outras coletividades específicas.

O presente estudo ocorreu no interior das dependências do Hospital Regional Tarcísio Maia localizado em Mossoró/RN, é um hospital geral de grande porte, referência para toda a região Oeste do Estado. Tem a função de atendimento de Urgência e Emergência pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Foi avaliado cerca de dois mil prontuários de pacientes que deram entrada no referido hospital. A população que é atendida é composta de pacientes em caráter de urgência, o hospital atende a cidade de Mossoró e cidades circunvizinhas abordando todas as faixas etárias e todas as classes sociais, onde encontramos cerca de seiscentos pacientes que deram entrada no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2011. Para a pesquisa foram recrutadas

duas alunas do curso de Fisioterapia, duas alunas do curso de Enfermagem e os autores do TCC em conjunto com o orientador.

Como critério de inclusão designamos todos os pacientes atendidos no HRTM, no período de Janeiro de 2007 a Janeiro de 2011, tendo como diagnóstico AVE. Todos os pacientes atendidos fora (antes ou depois) do período estabelecido foram desconsiderados da amostra, bem como os pacientes sem diagnóstico de AVE e formulários incompletos. Para a catalogação dos dados foi feito uma ficha de pesquisa epidemiológica simplificada contendo os principais fatores de risco do acidente vascular encefálico, como: hipertensão, faixa etária, obesidade e sexo, para uma posterior tabulação dos dados.

A pesquisa proposta iniciará com os alunos deslocando-se em veículo próprio ao Hospital Regional Tarcísio Maia munido da autorização do diretor (ANEXO 1), onde o responsável pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME) nos levará ao local onde os prontuários estão localizados, visto isso, será iniciada a pesquisa. Os dados serão tabulados em uma análise quantitativa no software Microsoft Office Excel 2007, onde será apresentado em forma de tabelas e gráficos.

De acordo com a referida pesquisa podemos esperar dados alarmantes, visto que, nossa região é dotada de uma população etilista, tabagista, com hábitos alimentares de má qualidade, sedentária, não contrariando que no estado do Ceará foi feita uma pesquisa nos mesmos moldes e de acordo com o SUS viu-se que, o estado era o segundo no nordeste em casos de internação e óbitos devido à patologia, depois da implantação do serviço de internamento o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) tornou-se referência no Brasil em atendimento para a doença.

4 | RESULTADOS

Estudos mostram que nos Estados Unidos, a incidência é de 700.000 casos por ano (165.000 correspondem a óbitos) segundo Fernandes (2006), e os respectivos custos anuais chegam a aproximadamente 58 bilhões de dólares (ELLIS, 2009). Na América Latina, estudos mostram que o AVE é causa insidiosa de morbidade e mortalidade entre adultos (PONTES, 2008). Pesquisa realizada na América do Sul revela uma incidência de 35 a 183 casos por 100.000 habitantes. No Brasil, as taxas de mortalidade verificadas à idade para o AVE estão entre as maiores em nove países da América Latina (MANSUR, 2003). Segundo pesquisa feita pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2010), no ano de 2009, período em que o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) fez o primeiro ano de atendimento na unidade de AVE foram evitados 200 óbitos e 400 pacientes ficaram livres de seqüelas. Como no Rio Grande do Norte não há uma política de catalogação de dados, existe uma grande dificuldade de encontrar resultados de pacientes acometidos no Estado.

Diante disso, no referido estudo, foram avaliados 2891 prontuários do HRTM, desses foram registrados 603 casos, perfazendo 20,85% analisados entre janeiro de 2007 a janeiro de 2011 e foram verificadas a incidência de acidente vascular encefálico 47,27% (n= 285) em homens e 45,43% (n=274) em mulheres e 7,30% (n=44) não apresentaram idade preenchida no formulário. (GRÁFICO1)

Porcentagem de pacientes/sexo

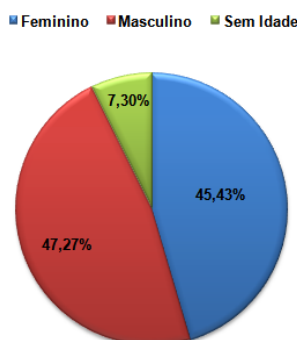


Gráfico 1: Porcentagem de pacientes/sexo

Fonte: Pesquisa

No ano de 2007 foi visto que 24,15% equivalente a (n=135) pessoas deram entrada no referido hospital com diagnóstico clínico de AVE, a maior quantidade de pessoas que apresentaram o AVE foi na faixa etária de 71 a 80 anos sendo, 22,20% mulheres (n=30) e 14,80% homens (n=20), e um número bastante significativo do sexo masculino acometidos foi o da faixa etária entre 61 e 70 anos com 15,60% casos (n=21). Neste mesmo ano, foram excluídos 11,10% do total de prontuários observados devido à falta de informações. (GRÁFICO 2)

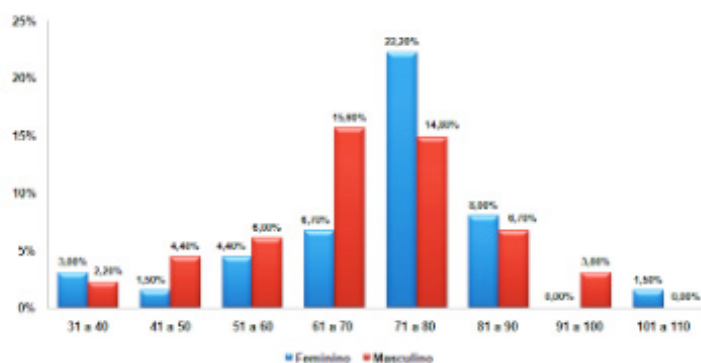


Gráfico 2: Dados relativos ao ano de 2007

Fonte: Pesquisa

Em 2008 foram registrados 25,40%, sendo (n=142) eventos de AVE no HRTM, dentre eles podemos ressaltar que a faixa etária que apresentou um número significativo foi entre 71 e 80 anos, registrando 32,40%, sendo (n=46) casos, dentre eles 17,60%

(n=25) mulheres e 14,80% (n=21) homens. Vale salientar que na faixa etária anterior o número de casos masculinos também prevaleceu com 13,40% (n=19) ocorrências, o que não difere do ano de 2007. No ano de 2008 houve a exclusão de 5,63% (n=8) prontuários por não apresentarem a idade descrita no mesmo. (GRÁFICO 3)

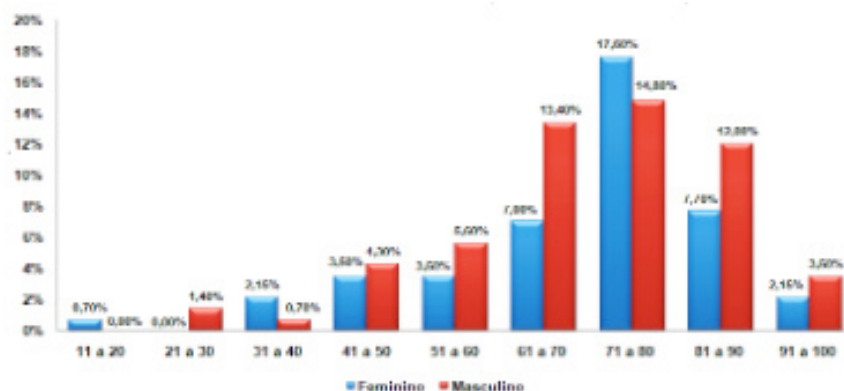


Gráfico 3: Dados relativos ao ano de 2008

Fonte: Pesquisa

Posteriormente em 2009, foram registrados 22,90% (n=128) casos de AVE, sendo o maior índice de registros na faixa entre 61 e 70 anos, contrariando os anos anteriores. Nessa faixa foram verificados 26,60% (n=34) casos sendo 50% homens e 50% mulheres. Na faixa etária seguinte que corresponde 71 a 80 anos foram contabilizados 10,90% (n=14) mulheres e 7,85% (n=10) homens, o que segue os mesmos resultados dos anos seguintes, mais mulheres que homens nessa determinada faixa. Podemos observar que houve uma diminuição na idade de acometimento, sendo dois casos do sexo masculino entre 11 a 20 anos e houve 7,81% (n=10) casos excluídos devido ao não preenchimento da idade nos formulários. (GRÁFICO 4)

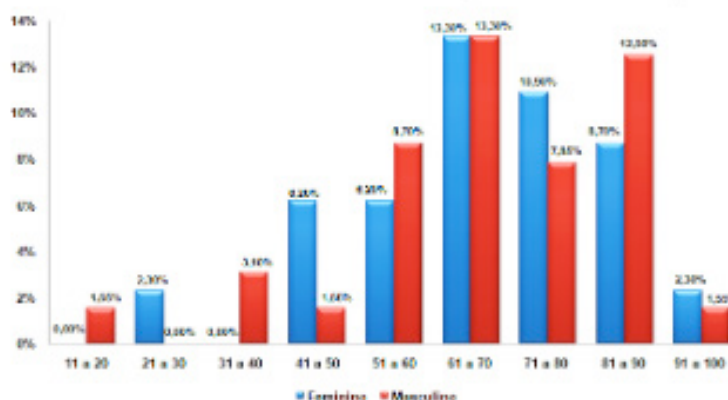


Gráfico 4: Dados relativos ao ano de 2009

Fonte: Pesquisa

E no último ano verificado, 2010, foram registrados 27,55% (n=154) dos casos, o maior índice de casos de AVE foi na faixa entre 61 e 70 anos, semelhante ao ano anterior. Nessa faixa foram verificados 24,66% (n=38) casos sendo 11,68% (n=18)

homens e 12,98% (n=20) mulheres. Na faixa etária seguinte correspondendo entre 71 a 80 anos foram contabilizados 10,38% (n=16) mulheres e 10,38% (n=16) homens. Nesse mesmo ano foram verificados também casos na faixa etária entre 11 a 20 anos, sendo 2,59% (n=4) casos do sexo feminino e houve 7,14% (n=11) casos excluídos devido ao não preenchimento da idade nos formulários. (GRÁFICO 5)

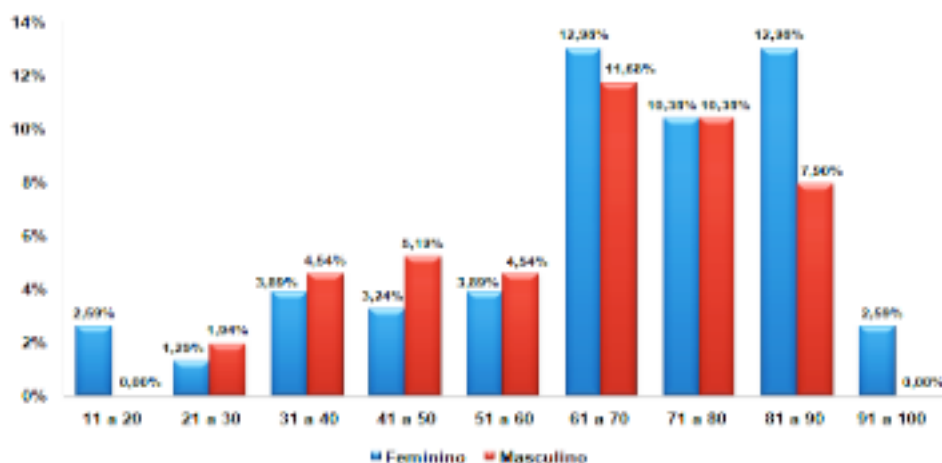


Gráfico 5: Dados relativos ao ano de 2010

Fonte: Pesquisa

Diante disso, podemos observar que houve uma variação no quesito idade/sexo dos pacientes acometidos pelo AVE, sendo que no anos 2007 e 2008 verificou-se uma maior prevalência na faixa etária de 71 a 80 anos e nos anos 2009 e 2010 foi observado um maior número na faixa entre 61 e 70 anos. (GRÁFICO 6)

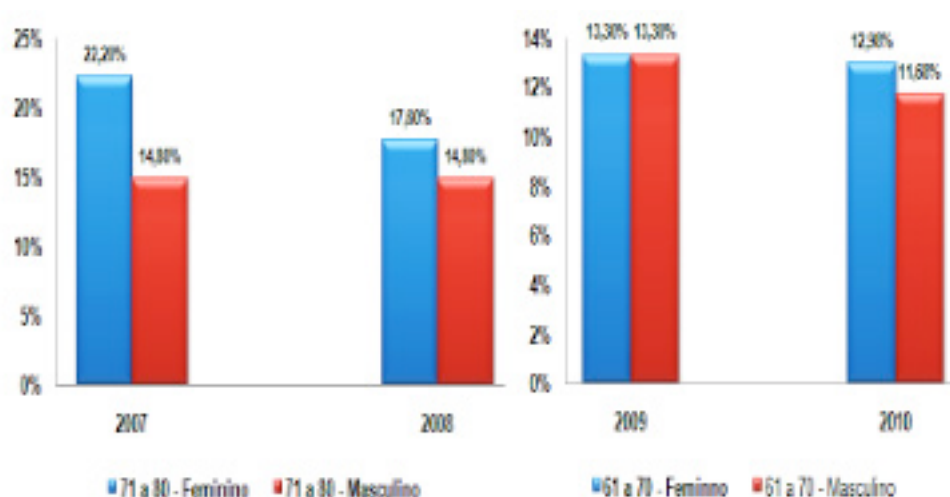


Gráfico 6: Dados relativos a maior prevalência por faixa etária

Fonte: Pesquisa

5 | DISCUSSÃO

Um fato no qual chamou bastante atenção, foi que pode-se observar onde nem todos os prontuários estavam corretamente preenchidos, mas, ficou bem evidente que a maioria dos prontuários analisados apresentava como fator de risco principal a hipertensão arterial.

De acordo com a pesquisa, os dados demonstraram que 47,27% dos clientes eram do sexo masculino e 45,43% do sexo feminino. Estes dados corroboram com resultados encontrados em um estudo realizado com jovens (ZÉTOLA, 2001), e outro feito com um grupo de idosos acometidos por AVE (MARQUES, 2006). A prevalência do AVE na população idosa era esperado, visto que a idade é o principal fator de risco não modificável (LEWEIS, 2002), o que só atenta para a necessidade de medidas indispensáveis de prevenção e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular, que podem ser realizadas pela atenção básica, que causem a redução dos fatores de risco na população adulta, com o intuito de consentir que atinja o envelhecimento de forma mais saudável. Segundo estudos realizados na população de idosos na cidade de Portland, Estados Unidos, para avaliação de AVE, pode-se constatar um resultado diferente neste estudo, quanto à classificação de idade e sexo. Na pesquisa americana, nos grupos de idade 65-74 anos e 75-84 anos, as taxas de prevalência entre os homens ultrapassaram as taxas entre as mulheres e as taxas de prevalência entre as mulheres foram maiores no grupo de idade superior a 85 anos (BARKER, 1996).

Em contrapartida com os fatores de risco modificáveis citado no presente estudo, foram verificados que a maioria dos prontuários apresentavam a hipertensão como fator desencadeante para o AVE, corroborando com estudos anteriores (SACCO, 1999; KANNEL, 2003). O risco atribuído pela hipertensão é maior para insuficiência cardíaca e AVE, e nos países do hemisfério norte-ocidentais, a doença coronariana é mais comum e causa uma maior mortalidade dos acometidos. De acordo com estudo de Román (1991) verificou-se que a hipertensão arterial é o principal fator de risco para a doença cerebrovascular, de acordo com seus dados nota-se que a prevalência está em torno de 11% a 20% acima dos 20 anos e 35% acima dos 50 anos e pode-se afirmar que torno de 85% dos pacientes com AVE são hipertensos.

Partindo da idéia de Zivin (2005), a incidência de casos de AVE aumenta diretamente em relação ao grau de elevação das pressões arteriais sistólica e diastólica acima dos valores limites. Estudos indicam que há mais de 30 anos existem evidências conclusivas de que o controle da HAS previne o AVE. O risco relativo de AVE em pacientes hipertensos é aproximadamente quatro vezes superior ao de indivíduos normotensos na mesma idade.

A alta prevalência de casos registrados nesse estudo está em desacordo com dados fornecidos pelo SUS. Na base de dados do DATASUS está disponível o número de casos referentes a janeiro de 2008 até abril de 2011 e foi verificado que nos 12

meses de 2008 foram registrados 9 casos, diferente do que foi relatado nos resultados com 150 casos registrados no hospital referência do município. Já no ano de 2009 foram registrados 2 casos e no ano de 2010 ficou notificado 8 casos, com isso vimos que há uma contradição nos dados já que em pesquisa no HRTM vimos que houveram 138 casos em 2009 e 154 no ano passado. Segundo Nicoletti (2000) a realização de estudos epidemiológicos das doenças cerebrovasculares, bem como outras doenças neurológicas, em países em pleno desenvolvimento, na maioria das vezes apresentam dificuldades originárias de mão de obra especializada quanto da falta de informações sócio-demográficas e na baixa qualidade de informações prestadas nos prontuários de saúde. Em um estudo de revisão sistemática sobre AVE na América do Sul, foi relatado que dos mais de 200 trabalhos revistos apenas sete continham informações sobre a epidemiologia do AVE (SAPOSNIK, 2003).

Com a falta de política para a catalogação e do preenchimento incorreto dos mesmos, fica difícil a apresentação de dados para posteriores pesquisas. Bom exemplo a ser seguido é o estado do Ceará que tornou-se referência no país com um hospital multidisciplinar para tratar dos acometidos pelo AVE e orientar aos cuidadores como proceder diante de tal fato.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado apresentado por esse estudo revela uma necessidade de uma política voltada para a catalogação de dados referentes ao AVE. Outro aspecto importante para ser revelado é a falta de preenchimento completo dos prontuários, dados importantes não citados podem comprometer o atendimento do paciente. Observou-se neste estudo uma maior incidência do AVE com o avançar da idade, embora atinja também indivíduos jovens, visto isso, podemos determinar que o AVE tornou-se um problema de saúde na cidade de Mossoró-RN. Deste modo, espera-se que os dados revelados orientem uma política local para uma elaboração e realização de uma estratégia na catalogação de dados referente ao Acidente Vascular Encefálico na cidade de Mossoró-RN.

REFERÊNCIAS

BARKER DJP, OSMOND C. **Mothers' pelvic size, fetal growth, and death from stroke and coronary heart disease in men in the UK.** Lancet. 1996;348:1264 –1268.

BARTZ PJ, CETTA F, CABALKA AK, REEDER GS, SQUARCIA U, AGNETTI A, et al. **Paradoxical emboli in children and young adults: role of atrial septal defect and patent foramen ovale device closure.** Mayo Clin Proc. 2006; 81(5): 615-8.

BONITA, R.. **The Global Stroke Initiative.** Lancet Neurology v3, p.391-3, 2007.

DIAS, L. A. A.; COLLI, B. O.; NETTO, J. C.; LACHAT, J. J. **Avaliação da isquemia cerebral focal induzida pela oclusão da artéria cerebral média e a ação neuroprotetora do cetoprofeno em**

ratos. Arq. Neuropsiquiatria, v.58, n.4, p.1047-1054, 2000.

ELLIS C, EGEDE LE. **Stroke recognition among individuals with stroke risk factors.** Stroke. 2009;337(1)5-10.

GANS, B. M.; DELISA, J. A. **Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas.** Sao Paulo: Manole, 2002.

GREENBERG, DAVID A; AMINOFF, MICHAEL J; SIMON, ROGER P. **Neurologia clínica.** Tradução de Jacques Vissoky, Kleber Netto, Marcelo Malinski. 2 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2002

GURGEL, G. A. **Isquemia Cerebral de Origem Extracraniana: Diagnóstico e Tratamento Clínico.** Maceió, 16 maio 2003. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro> Acesso em 03 de Outubro de 2010.

GUYTON, A. C., HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 11 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

HARBOE-GONÇALVES L, VAZ LS, BUZZI M. **Avaliação dos níveis de hiper-homocisteinemia, vitamina E, selênio, cobre, ceruloplasmina e ferritina em pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico.** J Bras Patol Med Lab, 2007;43:9-15.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSEL, T. M. **Princípios da Neurociência.** 4 ed., Barueri: Manole, 2003.

KURL, S.; LAUKKANEN, J. A.; RAURAMAA, R.; LAKKA, T. A.; SIVENIUS, J.; SALONEN, J. T. **Systolic blood pressure response to exercise stress test and risk of stroke** apud: CASTRO, R. B.; VIANNA, L. M. **Mecanismos que explicam o efeito da atividade física na prevenção de acidente vascular encefálico.** Fisioterapia Brasil, v.5, n.3, p.221-223, 2004.

LAKATOS, E. M., MARCONI. M. A., **Fundamentos da metodologia científica.** 6ª Ed. – 7. Reimpr. – São Paulo: Atlas 2009.

LESSA, I; ARAÚJO, M.J.; MAGALHÃES, L.; *et al.* **Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de salvador (BA),** Brasil. Rev Panam Salud Pública., v. 16, n. 2, 2004.

LEWEIS RM. **Merrit: tratado de neurologia.** 10a Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002.

MAKIYAMA TY, Battistella RS, Litvoc J, Martins LC. **Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores.** Acta Fisiatr. 2004;11(3):106-9.

MANSUR AP, SOUZA MFM, FAVARATO D, AVAKIAN SD, CÉSAR LAM, ALDRIGUI JM, RAMIRES JAF. **Stroke and ischemic heart disease mortality trends in Brazil from 1979 to 1996.** *Neuroepidemiology* 2003;22:179-183.

MARTIN, J.H. **Neuroanatomia: Texto e Atlas.** 2 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MARQUES S, RODRIGUES RAP, KUSUMOTA L. **O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar.** Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(3):364-71.

MAUSNER, J. E BATH, A. (1999). **Introdução à Epidemiologia.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. - **A neurologia que todo médico deve saber.** São Paulo: Atheneu, 2005.

NUNES S, PEREIRA C, SILVA MG. **Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão**. Disponível em: <http://www.ifisionline.ips.pt/Arquivos_EssFisio_files/vol1n3.pdf> Acesso em 3 de Outubro de 2010. EssFisiOnline 2005; 1(3):3-20.

OLAVARRIA, V.; MELLADO, P.; HUETE, I. . **¿Hemorragias lacunares?. Cuadernos de Neurologia**, v. 26, [s.p.], 2002.

O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2004.

PERDIGAO, C. **Da patogênese da aterosclerose**. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, v. 4, n. 4, p. 205-206, 1999.

PONTES-NETO OM, SILVA GS, FEITOSA MR, FIGUEIREDO NL, FIOROT JA, ROCHA TN, ET AL. **Stroke awareness in Brazil**. Stroke. 2008;39:292-6.

RIBEIRO, P. E. C. **Disciplina de Clínica Médica**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br>>. Acesso em 5 Outubro 2010.

ROMÁN GC, GIBBS CJ. **Neuroepidemiology of stroke in Brazil. Neuroepidemiology: an international perspective**. *New Issues in Neurosciences* 3: 448-51, 1991.

ROWLAND, L. P.; MERRI, T.T. **Tratado de Neurologia**. 10 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SACCO RL, WOLF PA, GORELICK PB. **Risk factors and their management for stroke prevention: outlook for 1999 and beyond**. *Neurology* 53: S15-24, 1999.

SALDANHA, C. **Cálcio e aterosclerose**. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, v.3, n.5, p.291-300, 1998.

SCHIEVINK WI. **Intracranial aneurysms**. *N Engl J Med*. 1997;336:28-40.

SOUZA, L. V.; CASTRO, C. C.; CERRI, G. G. **Avaliação da aterosclerose carotídea por intermédio da ultra-sonografia e ressonância magnética**. Radiologia Bras., v.38, n.2,p.81-94, 2005.

STOKES, M. **Physical Management in Neurological Rehabilitation**. 2 ed., Elsevier Mosby, 2004.

UMPHRED, D. A. **Fisioterapia Neurológica**. 4 ed., Barueri – SP. São Paulo: Editora: Manole, 2004.

ZÉTOLA V. H. F., N. EDISON M., C. C. HENRIQUE F., CARRARO J. H., CORAL P., MUZZIO J. A. ET AL. **Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos**. Arq. Neuro-Psiquiatr. [serial on the Internet]. 2001 Sep [cited 2009 June 04] ; 59(3B): 740-745.

ZIVIN JA. **Doença Vascular Cerebral Isquêmica**, In: Cecil D, Goldman L, Ausiello D. Tratado de Medicina Interna, Rio de Janeiro, Elsevier, 2005.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANELICE CALIXTO RUH Fisioterapeuta, pós-graduada em Ortopedia e Traumatologia pela PUCPR, mestre em Biologia Evolutiva pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Prática clínica em Ortopedia com ênfase em Dor Orofacial, desportiva. Professora em Graduação e Pós-Graduação em diversos cursos na área de saúde. Pesquisa clínica em Laserterapia, kinesio e linfo taping.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-471-9

