

## Artigo original

# Perfil funcional dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico de um centro de referência em Salvador

## *Functional profile of patients with cerebrovascular accident in a reference center in Salvador*

Luana Talita Diniz Ferreira\*, Élen Beatriz Pinto, Ft.\*\*

.....  
*\*Curso de Fisioterapia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Salvador, \*\*Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Professora da Universidade Católica de Salvador*

### Resumo

O objetivo deste estudo foi traçar o perfil funcional dos pacientes com diagnóstico de AVE, acompanhados em um ambulatório de serviço público em Salvador, Bahia. Foi realizado um estudo de corte transversal descritivo, em pacientes atendidos no Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto. Para a coleta de dados, utilizou-se uma ficha de avaliação contendo informações acerca da doença, seqüelas e incapacidades físicas e funcionais, e foram aplicados a Medida de Independência Funcional e o Índice de Barthel. Foram avaliados 29 pacientes, com idade média de 61,1 anos. Foi observada hemiparesia em 72,4% dos indivíduos, com alteração da cognição em 17,2% dos casos; e encontrado déficit visual em 65,5% dos indivíduos, déficits vestibular e auditivo em 24,1% e perceptual em 44,8%. Os resultados demonstram que a população atendida neste Ambulatório é em sua maioria composta por pacientes com predominância de seqüelas de origem sensorio-perceptual e, poucos, com comprometimento motor severo.

**Palavras-chave:** acidente cerebrovascular, hemiplegia, seqüelas e incapacidade.

### Abstract

The aim of this study was to investigate the functional profile of patients diagnosed with cerebrovascular accident (CVA), who were followed-up in an ambulatory of a public Hospital in Salvador, Bahia. Patients with CVA that were assisted at the Ambulatory Professor Francisco Magalhães Neto participated on this descriptive study of transversal cut. For data collection an evaluation were used forms with information concerning the disease, sequels and physical and functional disabilities. Barthel Index and the Functional Independence Measure were applied too. Twenty-nine patients (average 61.1 years old) were evaluated. Hemiparesis was observed in 72.4% of the patients and cognitive alterations in 17.2%, 65.5% had visual deficit, 24.1% vestibular and auditory deficits and 44.8% perceptual deficits. The results showed a predominance of sensorial-perceptual sequels while a few patients had severe motor impairment.

**Key-words:** cerebrovascular accident, hemiplegia, sequela and disability.

Recebido 30 de setembro de 2005; aceito em 10 de fevereiro de 2008.

**Endereço para correspondência:** Luana Talita Diniz Ferreira, Rua Bartolomeu de Gusmão, 402/114, 04111-021 São Paulo SP, Tel: (71) 8803-4005, E-mail: luaninhadiniz@hotmail.com

## Introdução

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença comum em todo o mundo, sendo a principal causa de incapacidade neurológica em adultos, e terceira causa de morte nos países industrializados [1-3]. As conseqüências dos déficits neurológicos habitualmente predis põem os portadores de AVE a um padrão de vida sedentário, com limitações individuais para as Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades de Vida Instrumentais (AVDI's) [4].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVE como uma enfermidade de origem vascular, que apresenta rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbio focal da função cerebral. Conhecido também como AVC (Acidente Vascular Cerebral), o AVE é classificado como isquêmico ou hemorrágico, e sua apresentação clínica depende da área encefálica acometida [5,6].

Os pacientes acometidos pelo AVE podem apresentar como sintomatologia: hemianopsia, visão dupla, fraqueza ou perda sensorial de um lado do corpo, disartria (disartrofonía), alterações das funções cognitivas, dificuldade de andar, cefaléia ou surdez unilateral, déficits motores, hemiparesia, negligência do hemicorpo, distúrbios de imagem corporal, apraxias, perda de memória, distúrbios afásicos, ou demência, entre outras [7,8]. A depender da evolução da doença, esses sinais e sintomas poderão apresentar-se como seqüelas, refletindo incapacidades funcionais e/ou ocupacionais. A severidade do quadro clínico vai depender, principalmente, da extensão e da localização da lesão encefálica [5,6].

As incapacidades apresentadas por portadores de seqüelas de AVE incluem: dificuldade na realização de transferências e deambulação, alterações nas AVD's, como vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se; e comprometimento das AVDI's, como fazer compras e dirigir [9]. Essas incapacidades podem ser identificadas através de diversas ferramentas de medição formais. Ribeiro *et al.*, Kawasaki *et al.* e Umphred [9-11] classificam a Medida de Independência Funcional (MIF) como uma dessas formas, bem como Umphred cita também o uso do Índice de Barthel (IB) e da Escala de Classificação de Incapacidade.

Apesar da diversidade dos déficits apresentados, o terapeuta deve ser capaz de enxergar o paciente como uma totalidade [9]. Isso porque suas seqüelas irão refletir em incapacidades funcionais e ocupacionais que só serão tratadas adequadamente, se observada sua implicação na vida do indivíduo.

Muitos estudos sobre tratamento, avaliação, prevenção, conseqüências e fatores predisponentes do AVE têm sido realizados; porém, a maioria dos dados clínicos atuais são conhecidos por meio de estudos norte-americanos e europeus, existindo pouca publicação nos países em desenvolvimento [12].

O objetivo deste estudo foi traçar o perfil funcional dos pacientes com diagnóstico de AVE atendidos em um ambulatório público em Salvador, Bahia; descrevendo as incapacida-

des e seqüelas mais freqüentes e identificando a existência de limitações no desempenho ocupacional desses indivíduos; possibilitando, de forma indireta, bases para o planejamento do tratamento de reabilitação nessa população.

## Materiais e métodos

Foi realizado um estudo de corte transversal descritivo com 29 pacientes acometidos por AVE (16 mulheres e 13 homens), com idade variando entre 30 a 95 anos. O estudo ocorreu no Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), em Salvador – Bahia, no período de março a junho de 2005, e teve como objetivo a descrição do perfil funcional desses pacientes e a identificação de seqüelas e incapacidades funcionais mais freqüentes.

Fizeram parte da amostra os pacientes com diagnóstico de AVE e portadores de qualquer seqüela característica da doença, atendidos pelo serviço médico do Centro de Estudo de Doenças Cérebrovasculares da Liga Acadêmica de Neurologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Não participaram do estudo os pacientes que apresentassem uma outra patologia neurológica concomitante ao AVE.

Os dados foram coletados durante uma avaliação utilizando-se um questionário elaborado pelas autoras, contendo informações sobre dados gerais acerca da patologia, tais como história da doença atual, tipo e tempo de lesão, fatores de risco, entre outros; principais sintomas, existência de patologia simultânea, comprometimento funcional e limitações ocupacionais. Como referência para verificação das incapacidades funcionais mais comuns foi utilizada a Medida de Independência Funcional – MIF e para a classificação do nível de incapacidade, o Índice de Barthel.

As variáveis dependentes analisadas foram os tipos de seqüelas (hemiplegia, hemiparesia, assimetria facial, afasia, disartrofonía, tônus, déficits sensoriais e perceptuais, presença de alteração músculo esquelética e balance), e as incapacidades funcionais. As variáveis independentes foram: idade, sexo, tipo de lesão (isquêmico ou hemorrágico), tempo de lesão e comprometimento cognitivo.

A análise estatística dos dados foi realizada através do Software SAS 8.02. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de freqüências relativas (percentuais) e de freqüências absolutas (N) e as variáveis quantitativas/ numéricas por meio de médias. O nível de significância adotado foi de 5%, e a análise dos dados quantitativos realizada através da Extensão do Teste exato de Fisher.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos/ Universidade Federal da Bahia (HUPES/UFBA), tendo os pacientes ou responsáveis assinado um termo de consentimento livre e esclarecido, concordando com a realização do trabalho.

## Resultados

Dos 29 pacientes analisados, 16 eram do sexo feminino e 13 do masculino, com idade variando entre 30 a 95 anos e média de aproximadamente 61,1 ( $\pm$  14,7) anos. Todos os indivíduos avaliados encontravam-se dentro dos critérios de inclusão.

Dos indivíduos estudados, 51,7% (n = 15) possuíam diagnóstico médico para AVE do tipo isquêmico, 6,9% (n = 2) do tipo hemorrágico e 41,4% (n = 12) não apresentavam especificação quanto ao tipo de AVE no prontuário médico (Tabela I).

**Tabela I - Distribuição do tipo de AVE de acordo com o sexo.**

Tipo de AVE	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N = 29	%*
	N = 16	%*	N = 13	%*	N = 29	%*
Isquêmico	7	43,8	8	61,5	15	51,7
Hemorrágico	2	12,4	0	---	2	6,9
Indefinido	7	43,8	5	38,5	12	41,4

Fonte: Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto / HUPES.

\* % = Prevalência

\*\*  $p = 0,5320$

No momento da coleta de dados, o caso mais recente de AVE havia ocorrido há uma semana e, o menos recente, há 12 anos. Para sistematização dos dados a amostra foi distribuída entre três classificações: ocorrência de AVE há menos de um ano, entre 1 e 5 anos, e acima de 5 anos (Tabela II).

**Tabela II - Distribuição do tempo de AVE de acordo com o sexo.**

Tempo de AVE	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N = 29	%*
	N = 16	%*	N = 13	%*	N = 29	%*
Até 1 ano	13	81,2	04	30,8	17	58,6
Acima de 1 até 5 anos	01	6,3	08	61,5	09	31,0
Acima de 5 anos	02	12,5	01	7,7	03	10,4

Fonte: Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto / HUPES.

\* % = Prevalência

Havia histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 89,7% dos casos; Diabetes Mellitus (DM) em 37,9% e Doença de Chagas em 10,3%. Tanto o tabagismo quanto o etilismo estavam presentes em 55,2% dos indivíduos avaliados.

Quanto à apresentação do comprometimento do hemisfério, 51,7% apresentavam alterações à direita, 41,4% à esquerda e 3,4% bilateralmente. Foram classificados como hemiparéticos 72,4% dos pacientes (Tabela III), estando a assimetria facial presente em 24,1% dos pacientes e heminegligência em 10,3%.

**Tabela III - Comprometimento do hemisfério.**

Comprometimento do hemisfério	N	%*
Hemiparesia	21	72,4
Hemiplegia	5	17,2
Parestesia	2	6,9
Sem Parestesia/ paresia	1	3,4

Fonte: Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto / HUPES.

\* % = Prevalência

A maioria dos indivíduos avaliados apresentava-se com boa cognição (82,8%). Apresentavam comprometimento visual 65,5% (n = 19) dos pacientes, 24,1% (n = 7) apresentavam déficit vestibular, 24,1% (n = 7) déficit auditivo, 41,4% (n = 12) déficit proprioceptivo e 41,4% (n = 12) exteroceptivo (Tabela IV). Em 44,8% o déficit perceptual estava presente, e em 31% dos pacientes o balance estava alterado.

**Tabela IV - Déficits X Tipo de AVE.**

Déficits	Tipo de AVE					
	Isquêmico		Hemorrágico		Indefinido	
	N = 15	%*	N = 02	%*	N = 12	%*
Visual	11	73,3	---	---	8	66,7
Vestibular	6	40,0	---	---	1	8,3
Auditivo	5	33,3	---	---	2	16,7
Exteroceptivo	8	53,3	1	6,7	3	25,0
Proprioceptivo	9	60,0	---	---	3	25,0
Perceptual	6	40,0	1	6,7	6	50,0

Fonte: Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto / HUPES.

\* % = Prevalência

O tônus foi classificado como normal em 48,3% dos indivíduos, a hipotonia foi encontrada em 34,5% e foi observada hipertonia em 17,2%. Apenas um paciente (3,4%) apresentou ataxia. A maioria dos portadores de AVE apresentava fraqueza muscular (44,8%), com atrofia em 17,2% dos casos e diminuição da ADM em 31%. Dos pacientes que referiram queixas algicas (n = 18), 83,3% apresentavam relação entre a dor e a deficiência. Não foi observada deformidade em nenhum dos indivíduos analisados.

Quanto à capacidade de comunicação, 62,1% dos indivíduos apresentavam-se sem alterações. A afasia de expressão esteve presente em 20,7% dos pacientes, a afasia mista em 6,9% e a disartria em 17,2%. Foi observada afasia associada à disartria em 6,9% dos casos. Quanto à deambulação, 22 pacientes (75,9%) tinham marcha preservada, fazendo uso ou não de dispositivos auxiliares, e sete pacientes (24,1%) não possuíam marcha.

Apenas um dos pacientes analisados não exercia atividade profissional mesmo antes da lesão (por desemprego). Desses 28 indivíduos que trabalhavam antes do AVE, somente dois continuaram desempenhando suas atividades, enquanto que os 26 restantes encontravam-se afastados das suas ocupações.

**Tabela V** - Distribuição da pontuação de Barthel de acordo com o tipo de AVE.

Pontuação de Barthel	Tipo de AVE						Total	
	Isquêmico		Hemorrágico		Indefinido		N = 29	%*
	N = 15	%*	N = 2	%*	N = 12	%*		
Completamente dependente	4	26,7	0	---	3	25,0	7	24,1
Parcialmente dependente	2	13,3	1	50,0	1	8,3	4	13,8
Independente	9	60,0	1	50,0	8	66,7	18	62,1

Fonte: Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto / HUPES.

\* % = Prevalência

\*\*  $p = 0,6871$

A pontuação da Medida de Independência Funcional (MIF) variou de 36 a 125 pontos, sendo a pontuação mínima da escala de 18 pontos e a máxima de 126 pontos. Quanto ao Índice de Barthel, variou de 20 a 100 pontos, tendo classificado 62,1% dos pacientes como independentes e 24,1% como completamente dependentes (Tabela V).

Através das duas escalas, foi possível analisar e comparar aspectos funcionais como cuidado pessoal, transferências, controle de esfínteres e locomoção, e, além disso, através da MIF, também foi possível observar a comunicação e a cognição social. Em todos os casos, o Índice de Barthel apresentou maior número de pessoas com independência total (pontuação máxima) nos seus subitens, enquanto que isso não aconteceu na Medida de Independência Funcional. Entretanto, os indivíduos que obtiveram pontuação máxima na MIF foram os mesmos que obtiveram máxima pontuação no IB (Tabela VI).

**Tabela VI** - Comparação do número de indivíduos que obtiveram pontuação máxima com os subitens do Índice de Barthel e da Medida de Independência Funcional.

ESCALAS	Índice de Barthel		Medida de Independência Funcional	
	N	%*	N	%*
	Cuidado Pessoal	21	72,4	08
Controle de Esfínteres	18	62,1	13	44,8
Transferências	15	51,7	12	41,4
Locomoção	15	51,7	08	27,6
Comunicação	---	---	17	58,6
Cognição Social	---	---	06	20,7

Fonte: Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto / HUPES.

\* % = Prevalência

## Discussão

A população analisada neste estudo foi composta em sua maioria por mulheres, como encontrado por Pereira *et al.* e Cacho *et al.* [3,4], e a idade variou entre 30 e 95 anos. A literatura demonstra uma discordância no que diz respeito à incidência entre os sexos [3,4,12,13], podendo isso ser explicado pela variação da população que busca o atendimento. Com relação à idade, há também discordância entre os autores [1-4,12]; porém, acredita-se que a frequência do

AVE aumente exponencialmente com a idade, se associada aos fatores de risco para a doença [2].

Embora uma grande parte dos pacientes não tenha obtido diagnóstico para o tipo clínico do AVE, foi encontrada alta incidência de AVE do tipo isquêmico nos pacientes avaliados, assim como na literatura [3,12,14,15]. É importante ressaltar a alta mortalidade nos casos hemorrágicos, podendo ser essa uma das justificativas para a incidência de isquemias encontrada neste estudo [2].

A Hipertensão Arterial Sistêmica foi classificada como o fator de risco mais freqüente nos indivíduos avaliados (89,6%), sendo considerada como o principal fator etiológico para o AVE [2]. Este resultado está de acordo com os resultados encontrados por Zétola *et al.* e Rodrigues *et al.* [15,12] que observaram, respectivamente, HAS em 63,85% e 63,38% dos pacientes avaliados. O tabagismo encontra-se freqüente, devido ao fato de disseminar-se entre homens e mulheres com muito mais intensidade nos países em desenvolvimento, segundo justifica Kaiser [2].

O hemisfério mais freqüentemente acometido na população estudada foi o direito, embora seja um dado encontrado com variações em sua freqüência na literatura [12]. Como encontrado no estudo realizado por Cacho *et al.* [3], houve também maior incidência de pacientes hemiparéticos (80%), sendo este fato justificado pelo perfil crônico da doença na maioria dos casos [4].

A cognição foi classificada como boa na maior parte da população (82,8%). Porém, é um dado que deve ser melhor avaliado, devido ao fato de que no estudo foi mensurado de forma subjetiva, não sendo utilizado o Mini-exame do Estado Mental (escala de referência usada para avaliação da cognição).

Como encontrado em um estudo realizado por Falcão *et al.* [1], entre os déficits sensorio-perceptuais, o déficit visual esteve presente em 65,5% dos indivíduos avaliados. De acordo com o autor, os problemas visuais estão relacionados com a redução da habilidade para as AVD's, levando à deterioração no estado funcional e convívio social.

Com relação ao tônus, foi observado que a maioria apresentava-se normotônica (48,2%), seguido de hipotonia em 34,4% dos casos. Este achado confronta com o resultado encontrado por Rodrigues *et al.* [12], que observou hipertonía do hemisfério acometido em 49% dos pacientes

avaliados. Houve fraqueza muscular em 44,8%. A diminuição da ADM e a atrofia estiveram diretamente relacionadas com dor no ombro ou membro superior acometido, sendo justificado o aparecimento da dor pelo mau posicionamento do paciente e/ou manuseio inadequado durante as transferências [4,16].

Quanto às alterações da fala, foi observada afasia em 27,5%, sendo em sua maioria afasia de expressão. Embora esse resultado discorde com o encontrado por Rodrigues *et al.* [12], onde foi encontrada maior frequência para disartria (disartrófia), observa-se que, no estudo citado, a coleta de dados foi realizada baseada em prontuários onde as informações não se encontravam claras, podendo existir, nesse caso, dados errôneos.

Apenas 24,1% dos pacientes não apresentaram marcha no presente estudo, estando de acordo com os resultados encontrados por Rodrigues *et al.* [12], cuja maior parte da população estudada apresentava deambulação, sendo ela independente, com auxílio de bengala ou acompanhante.

Quanto à classificação funcional pelo Índice de Barthel, 62% dos indivíduos foram classificados como independentes no que diz respeito às AVD's. Em contrapartida, o perfil profissional/ ocupacional foi alterado após o AVE, transformando a condição de trabalhador para a de aposentado, de grande parte dos pacientes do estudo, corroborando com os achados de Falcão *et al.* [1].

Comparando os resultados encontrados pelo Índice de Barthel e pela Medida de Independência Funcional, é possível concluir que, embora não possua um escore para classificação funcional final, a MIF apresenta-se com itens mais detalhados, facilitando a interpretação da capacidade de realização de determinadas tarefas, o que não acontece com o IB. Além disso, a MIF apresenta também como itens para serem avaliados, a comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, solução de problemas e memória), o que não ocorre com o IB.

## Conclusão

O estudo realizado mostrou que a população atendida no ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) é em sua maioria composta por pacientes com predominância de seqüelas de origem sensorio-perceptual, influenciando na sua capacidade funcional. Embora boa parte dos pacientes tenha sido classificada através da Barthel como independente, foi observada através da MIF limitação funcional para desempenho de tarefas específicas, além disso, apenas dois pacientes retornaram à sua atividade ocupacional.

A pequena amostra impossibilita este estudo de generalizar os resultados encontrados nessa população. Sugere-se que estudos futuros façam uma análise comparativa entre as diferentes escalas de classificação funcional, já que não há uma escala que identifique com precisão as dificuldades encontradas

em tarefas específicas, considerando as particularidades dos indivíduos avaliados.

## Agradecimentos

Agradecemos a toda a equipe do serviço médico de Estudo das Doenças Cérebro Vasculares, coordenada pelo Professor Dr. Jamary Oliveira, do Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto, do Hospital Universitário Professor Edgard Santos.

## Referências

1. Falcão IK, Carvalho EMF, Barreti KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo sistema único de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2004;4(1):95-102.
2. Kaiser SE. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. *Rev SOCERJ* 2004;17(1):11-18.
3. Pereira S, Coelho FB, Barros H. Acidente vascular cerebral - hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Acta Med Port* 2004;17:187-92.
4. Cacho EWA, Melo FR, Oliveira R. Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fulg-Meyer. *Neurociências* 2004;12:1-13.
5. Cohen H. Neurociência para fisioterapeutas – incluindo correlações clínicas. São Paulo: Manole; 2001.
6. Rowland LP. Merrit – Tratado de Neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. Neurociências – desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre: Artmed; 2002.
8. Nitri R, Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: Atheneu; 2003.
9. Umphred DA. Reabilitação neurológica. São Paulo: Manole; 2004.
10. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica* 2001;8:45-52.
11. Kawasaki K, Cruz KCT, Diogo MJ. A utilização da medida de independência funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. *Med Reabil* 2004;23:57-60.
12. Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na Clínica Escola de Fisioterapia da UMESP. *Neurociências* 2004;12:1-7.
13. Xerez DR, Carvalho YSV, Costa MMB. Estudo clínico e video-fluoroscópico da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. *Radiol Bras* 2004;37:1-14.
14. Bruno AA, Farias CA, Iryia GT, Masiero D. Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco – Centro de reabilitação. *Acta Fisiátrica* 2000;7:92-94.
15. Zétola V.H.F, Nókav EM. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59:740-745.
16. Horn AI, Fontes SV, Carvalho SMR, Silvado RAB, Barbosa PMK, Durigan Junior A, et al. Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/ paréticos na fase subaguda do acidente vascular encefálico. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61:768-771.