

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
Curso de Fisioterapia

**GABRIELA PANDAZIS CANTARELLAS
RAQUEL VALÉRIA CARARETTI PINTO**

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES
INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO**

Bragança Paulista
2016

GABRIELA PANDAZIS CANTARELLAS – R.A 001201200534
RAQUEL VALÉRIA CARARETTI PINTO – R.A. 001201200538

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES
INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora temática: Prof^a. M^a. Gianna Carla Cannonieri Nonose

Orientadora metodológica: Prof^a. M^a. Grazielle Aurelina Fraga de Sousa

Bragança Paulista
2016

**GABRIELA PANDAZIS CANTARELLAS
RAQUEL VALÉRIA CARARETTI PINTO**

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES
INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Data da aprovação: __/__/__

Banca examinadora:

Prof^ª. M^a Gianna Carla Cannonieri Nonose (Orientadora)
Universidade São Francisco

Prof^ª. M^a Grazielle Aurelina Fraga de Sousa (Orientadora)
Universidade São Francisco

Prof. Esp. Ricardo Farinasso Caboclo (Examinador)
Universidade São Francisco

Aos nossos pais,
Rita Pandazis Cantarellas e Ismael Cantarellas
Angelita Cararetti Pinto e Jorge Domingos Pinto

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por ter nos dado saúde e força para concluir essa etapa de nossas vidas.

À universidade, seu corpo docente, direção e administração que forneceu todas as ferramentas necessárias para nossa formação e para que o presente estudo pudesse ser realizado com êxito.

Aos nossos professores, por todo conhecimento proporcionado através de intensiva dedicação durante todos esses anos.

Agradecemos a nossa orientadora temática Gianna Cannonieri Nonose e a orientadora metodológica Grazielle Aurelina Fraga De Sousa, pelo suporte e incentivo.

Aos nossos pais e familiares, que não apenas nesse momento, mas em todos os dias de nossas vidas nos apoiaram e incentivaram na busca pelo conhecimento, e que através de exemplos nos motivaram a sempre lutar para alcançar nossos objetivos.

Aos nossos namorados que compartilharam conosco esse momento e dispuseram com todo o carinho apoio e incentivo. Nosso agradecimento aos amigos que aqui fizemos, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte de nossa formação e que vão continuar presentes em nossas vidas.

Agradecemos aos pacientes que neste estudo colaboraram.

A todos que direta ou indiretamente, fizeram parte de nossa formação e deste estudo, o nosso muito obrigado.

Gabriela e Raquel.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 OBJETIVOGERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12
4. ARTIGO CIENTÍFICO.....	15
5. ANEXOS.....	27

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa de morte e a principal causa de incapacidades do adulto no mundo. (WHO - STEPS STROKE MANUAL, 2006). Suas manifestações frequentemente envolvem fraqueza muscular, espasticidade e padrões motores atípicos (O' SULLIVAN, 1993). Pode ser definido como uma patologia de origem cerebrovascular causada por súbita perturbação focal ou global da função cerebral ocasionada pela privação do fluxo sanguíneo persistente por mais de 24 horas (WHO - STEPS STROKE MANUAL, 2006).

De acordo com sua fisiopatologia é classificado em hemorrágico (ACVH) ou isquêmico (AVCI). O acidente cerebral hemorrágico é uma emergência neurológica que acomete aproximadamente 20% da população, sendo que 52% desses vão a óbito em até 30 dias. Sua fisiopatologia corresponde ao extravasamento de sangue no interior do crânio decorrente da ruptura de um vaso intracraniano que promove lesão do tecido cerebral por anóxia. E o acidente vascular isquêmico ocorre em aproximadamente 80% dos casos e é caracterizado pela obstrução de uma artéria encefálica levando ao comprometimento do fornecimento sanguíneo no encéfalo e conseqüentemente a um déficit de oxigenação e lesão do tecido por necrose (RODRIGUES, 2014; NETO, 2013). Um subtipo de AVCI denominado Ataque Isquêmico Transitório (ATI) corresponde a breves episódios de sinais e sintomas neurológicos agudos resultantes da isquemia cerebral focal onde não há lesão tecidual e os sintomas clínicos tem duração inferior à uma hora (EASTON, 2009).

Dentre as principais etiologias do AVCI pode-se citar a doença aterosclerótica de grandes vasos e embolia cardioarética (O' SULLIVAN, 1993), diferentemente do AVCH que ocorre geralmente por hipertensão arterial e angiopatia amiloide ou por causas secundárias como trauma cranioencefálico, aneurisma e malformação vascular cerebral, tumores, doenças de moyamoya, abuso de drogas, uso de anticoagulantes e trombolíticos, coagulopatias, transformação hemorrágica de Acidente Vascular Isquêmico, infecções do sistema nervoso central e vasculites (RODRIGUES, 2014).

O Acidente Vascular Cerebral partilha de uma série de fatores de riscos, sendo eles não modificáveis que inclui idade, sexo, etnia e antecedentes familiares e fatores modificáveis, composto por hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, doenças cardiovasculares, sedentarismo, obesidade, hiperlipidemia e alcoolismo, estes por sua vez, tem demonstrado maior prevalência e estão correlacionados com os hábitos de vida inadequados,

sendo assim, passíveis de prevenção (ABE, 2010; WHO - STEPS STROKE MANUAL, 2006; ARAUJO, 2008).

A literatura tem sinalizado que a incidência de AVC duplica a cada década de vida a partir dos 55 anos (TEIXEIRA, 2008; ABE, 2010) e ocorrem em média aos 66 anos de idade na maioria das pessoas (SÁ, 2014; MORO, 2013). Tem-se observado que a incidência desta patologia esta 33% mais elevada e a prevalência dos casos acontecem no sexo masculino em uma estimativa de 41%, porém tende a ser mais grave em mulheres, com 24,7% de letalidade em um mês em comparação com 19,7% para os homens (APPELROS, 2015). Segundo Heart Disease and Stroke Statistics, 2015 Update, os indivíduos de etnia negra são mais acometidos pelo AVC, porém estudos brasileiros como Mazzola, 2007; Escarcel, 2010; Moro 2013 e Bruch, 2010, demonstram que em nosso país os indivíduos de etnia branca são mais acometidos.

Entre os fatores de risco modificáveis mais presentes destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que acomete cerca de 70% dos casos de doenças cerebrovasculares (O' SULLIVAN, 1993) e as cardiopatias que possuem uma frequência de 41,9% para AVCI sendo considerado o segundo fator de risco mais importante para AVC. A diabetes mellitus vem posteriormente por sua susceptibilidade em cerca de 20%, além de maior vulnerabilidade à aterosclerose (PIASSAROLI, 2012), seguido pela hiperlipidemia que se eliminada resulta em uma redução de 19% no acidente vascular cerebral (RUNDEK, 2008).

O número de mortes atribuíveis à doença cerebrovascular no Brasil aumentou constantemente 45% entre 1980 e 2003. Este aumento reflete, principalmente, o envelhecimento progressivo e o crescimento da população brasileira (CURIONI, 2009). Porém além da alta incidência de mortalidade o AVC causa uma série de sequelas, dentre elas podemos citar déficits somatossensitivos, dor, déficits visuais, déficits motores, alterações no tônus, padrões sinérgicos anormais, reflexos anormais, paresia e padrões alterados de ativação muscular, déficits de programação motora, distúrbios de controle postura e equilíbrio, distúrbios da fala e linguagem, disfagia, disfunção perceptiva, disfunção cognitiva, distúrbios afetivos, diferenças comportamentais entre os hemisférios, crises e disfunção da bexiga e do intestino. Os comprometimentos indiretos são: tromboembolismo venoso, rachaduras na pele, diminuição da flexibilidade, subluxação e dor no ombro, distrofia reflexa simpática e descondicionamento (O SULLIVAN, 1993).

Neste contexto, vale salientar que as sequelas vão depender do quadro clínico do paciente e o mesmo é divide-se em duas fases. A primeira, fase aguda ou fase de choque compreende de três a quatro meses após o AVC. Nesta fase o paciente pode apresentar sintomas como flacidez, hiporreflexia ou arreflexia, fraqueza muscular e ausência de função motora. Cerca de seis meses após esse episódio inicia-se a fase crônica, sendo caracterizada pela hipertonía espástica que

emerge cerca de 90% dos casos, comum em músculos antigravitários e hemiparesia ou hemiplegia no hemicorpo contralateral à lesão (O'SULLIVAN, 1993).

O AVC é uma emergência médica e deve ser conduzido prontamente por uma equipe médica coordenada por um neurologista clínico. O diagnóstico é confirmado a partir de exame de neuroimagem, sendo que o mais utilizado é a tomografia computadorizada (TC) e deve ser repetida em 24 - 48 horas em casos que não sejam evidenciadas alterações do exame inicial (PASCHE, 2013). Devem-se realizar outros exames para saber a origem etiológica e direcionar o tratamento. As intervenções médicas são realizadas, segundo o quadro clínico de cada paciente para estabilizá-lo hemodinamicamente, entre elas estão: Controle da hipertensão arterial (HA), glicemia e temperatura. O uso de técnicas como: hiperventilação, hemodiluição hipervolêmica e anti edematosos são controversos segundo estudos (GAGLIARDI, 2001). Caso a TC de crânio ou ressonância magnética não evidenciar hemorragia e o início dos sintomas for inferior a 4 horas e 30 minutos, o uso de trombolíticos pode ser indicado após obrigatoriamente a contagem de plaquetas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; MARTINS, 2006). Desta maneira, atendimento imediato e qualificado dos indivíduos com eventos agudos de AVC, é vital e fundamental para a sobrevivência do paciente, bem como para um bom prognóstico.

O tratamento fisioterapêutico é essencial no processo de reabilitação dos indivíduos acometidos por AVC, pois a incapacidade funcional gerada pelo evento causa grandes repercussões emocionais, podendo inclusive levar a depressão. Dessa forma, a fisioterapia tem como objetivo alcançar o melhor grau de independência funcional e assim melhorar a motivação e aceitação do paciente (BRITO, 2013; BARROS, 2014; SILVA, 2014). Para implantação de estratégias de reabilitação eficazes a avaliação e identificação dos déficits e incapacidades devem começar desde a fase hospitalar, quando o paciente ainda se encontra na fase aguda do AVC (SILVA, 2014). Nesta fase a mobilização precoce é essencial, pois além de melhorar a confiança e motivação do paciente, previne os efeitos do imobilismo, diminui riscos de comprometimentos indiretos como subluxação e dor no ombro, descondicionamento, distrofia reflexa simpática, entre outros. Essa estratégia resume-se em cinesioterapia ativa e passiva, sedestação à beira do leito e/ou na cadeira de rodas, ortostatismo, transferências e posicionamentos com mudanças a intervalos regulares (SILVA, 2013; DAVIES, 2008; O' SULLIVAN, 1993). Já na fase crônica do AVC outras terapias além da fisioterapia convencional têm sido adotadas, dentre elas estão a Terapia por Contensão Induzida, a Reabilitação por Espelho e a Hidroterapia. (RAMACHANDRAN, 2009; STEVENS, 2003; GAUTHIER, 2009; GAMBA, 2011; OLIVEIRA, 2006).

Contudo, entende-se que o aumento dos casos de AVC é esperável, devido a diversos fatores de risco e crescimento da expectativa de vida. Deste modo, torna-se indispensável mais

estudos que tenham como objetivo traçar o perfil clínico e sociodemográfico destes pacientes, para a organização de medidas educacionais e clínicas que otimizem sua prevenção e tratamento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Traçar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral, internados no Hospital Universitário São Francisco.

2.2 Objetivos específicos

- I. Através da leitura de prontuários, identificar dados pessoais (nome, data de nascimento e data de admissão no Hospital), dados sociodemográficos (gênero, escolaridade, etnia, estado civil, comorbidades associadas e hábitos de vida) e variáveis clínicas (tipo de AVC, hemisfério e local da lesão).

- II. Identificar os comprometimentos causados pelo acidente cerebrovascular como alterações da fala, alterações motoras e alterações de sensibilidade.

- III. Analisar e comparar as variáveis clínicas e sociodemográficas de cada paciente, de modo a identificar as que se destacam pela maior frequência e, dessa forma, delimitar o perfil clínico e sociodemográfico destes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABE, I.L.M. **Prevalência de Acidente Vascular Cerebral em área de exclusão social na cidade de São Paulo, Brasil: utilizando questionário validado para sintomas.** 2010. 182 f Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- APPELROS, P; TERÉNT, A. **Sex Differences in Stroke Epidemiology: A Systematic Review.** AhaJournals Stroke, DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.540781, 2016 .
- ARAÚJO, A. P. S. et al. **Prevalência dos fatores de risco em pacientes com Acidente Vascular Encefálico atendidos no setor de neurologia da Clínica de Fisioterapia da UNIPAR.** Campus Sede. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 35-42, jan./abr. 2008.
- BARROS, A.F.S. et al. **Análise de Intervenções Fisioterapêuticas na Qualidade de Vida de Pacientes Pós-AVC.** Rev Neurocienc; 22(2):308-314, 2014.
- BRITO, R.G. et al . **Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral.** Rev Neurocienc ;21(4):593-599, 2013.
- BRUCH,T. P; CLAUDINO, R; GHIZONI. E. **Análise dos pacientes internados com Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em um hospital do sul de Santa Catarina. Analysis of patients interned with stroke at a hospital in the south of Santa Catarina.** Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 39, no . 4, de 2010.
- CURIONI, C. et al. **The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil.** Cintia. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 25(1), 2009.
- DAVIES, P.M. **Hemiplegia - Tratamento para pacientes após AVC e outras lesões cerebrais.** 2ª ed. São Paulo: Manole 2008, p.61-81.
- EASTON, J. D. et al **A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease.** The American Academy of Neurology. Stroke 2009; 40:2276-93.
- ESCARCEL, B.W; MULLER , M.R; RABUSKE, M. **Análise do controle postural de pacientes com AVC Isquêmico próximo a alta hospitalar.** Rev. Neurociência 2010; 18(4):498-504.
- GAMBA, R.T; CRUZ, D.M.C. **Efeitos da Terapia por Contensão Induzida em longo prazo em pacientes pós-AVC.** Rev Neurocienc; 19(4):735-740, 2011.

- GAUTHIER, L.V. et al. **Improvement after Constraint-Induced Movement therapy is independent of infarct location in chronic stroke patients.** Institute health of national, NIH Public; 40(7): 2468–2472. doi:10.1161/STROKEAHA.109.548347, 2009.
- MARTINS, S.C.O. **Protocolo de atendimento no AVC isquêmico agudo.** Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XV nº 07, 2006
- MAZZOLA, D. et al. **Perfil dos pacientes acometidos por Acidente vascular Encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo.** Revista Brasileira de Promoção a Saúde, vol 20, núm 1. 2007, pp. 22-27.
- MISTÉRIO DA SAÚDE. **Rotinas no AVC pré-hospitalar e hospitalar.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf Acesso em 22 jun. 2016
- MORO, A. et al **Perfil dos pacientes acometidos com Acidente vascular Cerebral Isquêmico hospitalizados no Hospital Governador Celso Ramos.** Arq catarin. Med. 2013 jan-mar; 42(1): 63-67
- NETO, J.P.B; TAKAYANAGUI, O.M. **Tratado de Neurologia: Da Academia Brasileira de Neurologia.** Rio de Janeiro, RJ. Elsevier, 2013
- O’ SULLIVAN, S.B; SCHMITZ, T.J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento.** São Paulo, SP. Manole, 1993.
- OLIVEIRA, T.B; MEJIA, D,P,M. **Benefícios da hidroterapia no ganho de funcionalidade do paciente pós AVE.** Trabalho de pós-graduação – Fisioterapia neurofuncional, Faculdade Àvila, 2006.
- PASCHE, D.F; MENDES, L.F; LOPES, S.C.S. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral.** Brasília , 2013
- PIASSAROLI, C. A. P; et al. **Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico.** Rev Neurocienc 2012;20(1):128-137
- RAMACHANDRAN, V.S; ALTSCHULER, E.L. **The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain.** Brain a journal of neurology: 132; 1693–1710, 2009.
- RODRIGUES, M.M; BERTOLUCCI, P.H.F. **Neurologia para o clinico geral.** Barueri, SP. Manole, 2014.
- RUNDEK, T; SACCO, R.L. **Risk Factor Management to Prevent First Stroke.** Neurol Clin. 26(4):1007-45, Nov 2008.
- SÁ, B.P; GRAVE, M.T.Q; PÉRICO, E. **Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS.** Revista de Neurociências 22 (3), 381-387, 2014.

SILVA, D.C.S; NACIMENTO, C.F; BRITO, S.B. **Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura.** Rev Neurocienc; 21(4):620-627, 2013.

SILVA, M.C.L. et al. **Caracterização clínica e motora-funcional de idosos hospitalizados pós-Acidente Vascular Cerebral.** Rev Neurocienc;22(3):337-343, 2014.

STEVENS, J.A; STOYKOV, M.E. **Using motor imagery in the rehabilitation of hemiparesis.** Arch Phys Med Rehabil; 84(7):1090-2, 2003.

TEIXEIRA, I. **O envelhecimento cortical e a reorganização neural após o acidente vascular encefálico (AVE): implicações para a reabilitação.** Cienc Saúde Col 2008;13(supl.2):2171-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Steps stroke manual.** Disponível em: <<http://www.who.int/chp/steps/Stroke/en>> Acesso 30 mai.2015.

4. ARTIGO CIENTÍFICO

Perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes internados com Acidente Vascular Cerebral no Hospital Universitário São Francisco

Clinical and sociodemographic profile of hospitalized patients with stroke in the San Francisco University Hospital

Perfil dos pacientes internados com AVC no HUSF

Gabriela Pandazis Cantarellas ⁽¹⁾, Raquel Valéria Cararetti Pinto ⁽¹⁾, Gianna Carla Cannonieri Nonose ⁽²⁾

Estudo desenvolvido no Hospital Universitário São Francisco de Bragança Paulista, SP. Brasil

¹Alunas do curso de fisioterapia da Universidade São Francisco

²Mestra em Fisiopatologia Médica/área de concentração Neurociências pela Universidade Estadual de Campinas (2007). Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco - USF

Endereço para correspondência:

Universidade São Francisco

Avenida São Francisco de Assis, 218

Jd. São José, Bragança Paulista - SP

CEP: 12916-350

Gianna Carla Cannonieri Nonose

Email: raquel_cararetti@hotmail.com

Evento: XXII Encontro de Iniciação Científica - Casa Comum: A Responsabilidade da Ciência e da Tecnologia, Universidade São Francisco – 10/05/2016.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (USF), parecer nº 1.205.529.

Resumo: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa de morte e a principal causa de incapacidades do adulto no mundo. Trata-se de uma patologia de origem cerebrovascular causada por súbita perturbação focal ou global da função cerebral ocasionada pela privação do fluxo sanguíneo persistente por mais de 24 horas. É a segunda causa de morte e a principal causa de incapacidades do adulto no mundo. Vários fatores de risco estão associados a doença, dentre eles destaca-se a hipertensão arterial. Como a incidência da doença vem aumentando, e a maioria dos fatores de risco são modificáveis. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com diagnóstico com AVC internados no Hospital Universitário São Francisco. Foram avaliados 18 pacientes, destes 61% eram do sexo masculino e 39% do sexo feminino, com idade média de 63,9 anos. Do total, 67% dos AVCs eram isquêmicos e 33% hemorrágicos, sendo o principal fator de risco nos pacientes acometidos com AVC h a HAS (50%) e no AVC i o AVC prévio (58%). Dos pacientes avaliados, 45% não apresentaram déficits de força muscular, 28% cursaram como hemiparesia, 39% cursaram com afasia de expressão e 11% foram à óbito. Contudo, evidenciamos que os pacientes internados com AVC no HUSF, eram em sua maioria, homens, brancos, casados, sem formação, com média de idade de 63,9 anos. Houve maior frequência de AVC isquêmico, em região capsular, tendo como principais fatores de risco o AVC prévio e a HAS e como principal sequela a hemiparesia.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, perfil clínico, perfil sociodemográfico.

Abstract: The Stroke is the second leading cause of death and the leading cause of adult disability in the world. It is a pathology of cerebrovascular origin caused by sudden focal or global disturbance of cerebral function generated by persistent deprivation of blood flow for more than 24 hours. It is the second cause of death and the leading cause of adult disability in the world. Several risk factors are associated with this disease and among them, there is the arterial hypertension. As the incidence of the disease is increasing, and most risk factors are modifiable, the aim of this study was to outline the clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with stroke interneers at the San Francisco University Hospital. We evaluated 18 patients; from them, 61% were male and 39% female, with the average age of 63.9 years old. From the total, 67% of the strokes were ischemic and 33% hemorrhagic, the main risk factor in patients afflicted with HCVA to SAH (50%) and ICVA in the previous CVA (58%). Among the patients, 45% showed no muscular strength deficits, 28% attended as hemiparesis, 39% were presented with expression aphasia and 11% passed away. However, we noted that patients admitted with stroke in HUSF were mostly men, white, married, with no training, with mean age of 63.9 years. There

was a higher frequency of ischemic stroke in capsular region, the main risk factors prior stroke and hypertension and main sequel hemiparesis.

Keywords: stroke, clinical profile, sociodemographic profile

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa de morte e a principal causa de incapacidades do adulto no Mundo⁽¹⁾. Pode ser definido como uma patologia de origem cerebrovascular causada por súbita perturbação focal ou global da função cerebral ocasionada pela privação do fluxo sanguíneo persistente por mais de 24 horas⁽²⁾.

De acordo com sua fisiopatologia é classificado em hemorrágico (AVCh) ou isquêmico (AVCi). O AVCh corresponde ao extravasamento de sangue no interior do crânio decorrente da ruptura de um vaso intracraniano que promove lesão do tecido cerebral por anóxia. Enquanto o AVCi é caracterizado pela obstrução de uma artéria encefálica levando ao comprometimento do fornecimento sanguíneo no encéfalo e conseqüentemente a um déficit de oxigenação e lesão do tecido por necrose^(3,4).

A literatura atual tem mostrado que a incidência de AVC duplica a cada década de vida a partir dos 55 anos^(5,6) e ocorre em média aos 66 anos de idade na maioria das pessoas^(7,8).

Dentre as principais etiologias do AVCi pode-se citar a doença aterosclerótica de grandes vasos e embolia cardioaórtica⁽⁹⁾, diferentemente do AVCH que ocorre geralmente por hipertensão arterial e angiopatia amiloide⁽³⁾.

O AVC partilha de uma série de fatores de riscos, sendo eles não modificáveis que inclui idade, sexo, etnia e antecedentes familiares e fatores modificáveis, sendo os principais hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, doenças cardiovasculares, sedentarismo, obesidade e hiperlipidemia^(6,1,10).

As manifestações mais frequentes dos AVC envolvem fraqueza muscular, espasticidade e padrões motores atípicos⁽⁹⁾ que limitam, na maioria das vezes, a funcionalidade do indivíduo. Para a implantação de estratégias de reabilitação eficazes, a avaliação e identificação dos déficits e incapacidades devem começar desde a fase hospitalar, pois podem diminuir complicações secundárias⁽¹¹⁾.

Contudo, entende-se que o aumento dos casos de AVC, é esperável, devido a diversos fatores de risco e crescimento da expectativa de vida. Deste modo, torna-se indispensável mais estudos que tenham como objetivo traçar o perfil clínico e sociodemográfico destes pacientes, para a organização de medidas educacionais e clínicas que otimizem sua prevenção e tratamento.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral, internados no Hospital Universitário São Francisco.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado na Enfermaria Médica e Cirúrgica do Hospital Universitário São Francisco em Bragança Paulista – SP, entre outubro de 2015 a fevereiro de 2016 (Parecer Nº 1.205.529). Foram incluídos na amostra, pacientes com diagnóstico de AVC comprovados pela Tomografia Computadorizada (TC), que aceitaram participar do estudo após a assinatura (do mesmo ou acompanhante) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que obtiveram pontuação da Escala de Coma de Glasgow superior a 8 (oito). Como critérios de exclusão foram adotados deficiências intelectuais prévias e pacientes com idade inferior a 18 anos.

O instrumento da coleta de dados foi a Ficha de Avaliação elaborada pelos pesquisadores através da revisão bibliográfica de livros e artigos para selecionar os principais fatores de risco, bem como os principais acometimentos gerados por ele. Desta forma, busca-se identificar alterações motoras, de fala e de sensibilidades.

Primeiramente realizou-se uma análise do prontuário para a obtenção dos dados pessoais, sociodemográficos e variáveis clínicas, além de constatar a presença da confirmação do diagnóstico através da TC. Em seguida iniciou-se a entrevista com o paciente ou acompanhante, em caso deste não estar apto a responder os questionamentos e por fim foi aplicada a Ficha de Avaliação. A avaliação dos pacientes do presente estudo foi realizada após 24 horas da internação hospitalar.

A análise dos dados foi descritiva, com variáveis qualitativas apresentadas em frequências relativas (percentuais) e frequências absolutas (N), e as variáveis quantitativo-numéricas em média e desvio-padrão.

Resultados

Foram avaliados 18 pacientes, a média de idade foi de 63,9 anos ($\pm 11,79$). Em relação aos dados sociodemográficos, a maioria dos pacientes eram do sexo masculino 61%, brancos 61%, casados 61% e 39% não tinham formação (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição dos dados sociodemográficos da amostra (N=18), Bragança Paulista - SP, 2015-2016.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N	%
Gênero		
Masculino	11	61
Feminino	7	39
Escolaridade		
Sem formação	7	39
Ensino fundamental	6	33
Ensino médio	2	11
Ensino superior	1	5
Não sabe informar	2	11
Etinia		
Branços	11	61
Negros	5	28
Pardos	2	11
Estado civil		
Casado	11	61
Viúvo	4	22
Solteiro	2	11
Divorciado	1	5

Constatou-se que 67% da amostra apresentou AVCi e 33% AVCh, sendo o principal fator de risco nos pacientes acometidos com AVCh a HAS (50%) e no AVCi o AVC prévio (58%). O hemisfério cerebral mais acometido foi o esquerdo em 61% dos indivíduos.

Quanto ao local da lesão, 33% foi em região capsular, 22% em região fronto parietal, 17% em núcleos da base, 11% em região têmporo parietal, 5,5% cerebelar, 5,5% frontal e 5,5% occipital.

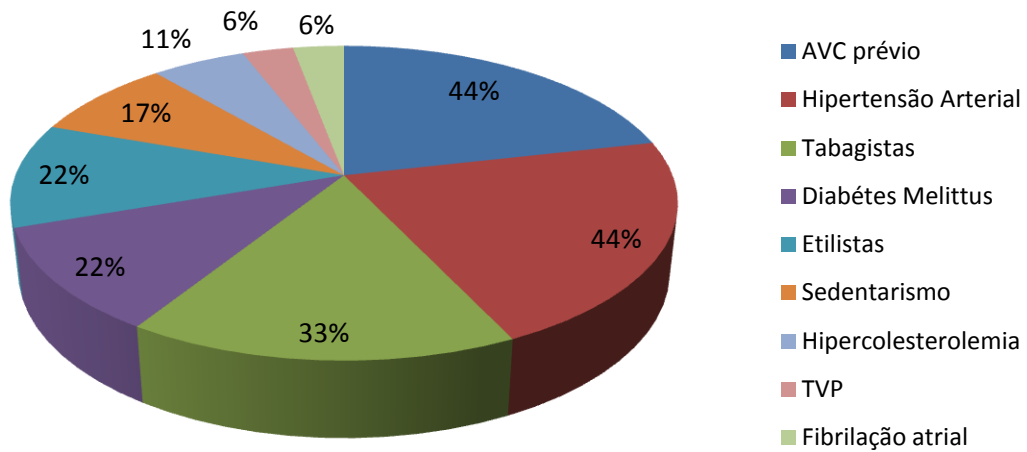


Gráfico 1 – Principais fatores de risco da amostra. Este gráfico possui soma superior a 100%, pois alguns pacientes tinham mais de um fator de risco.

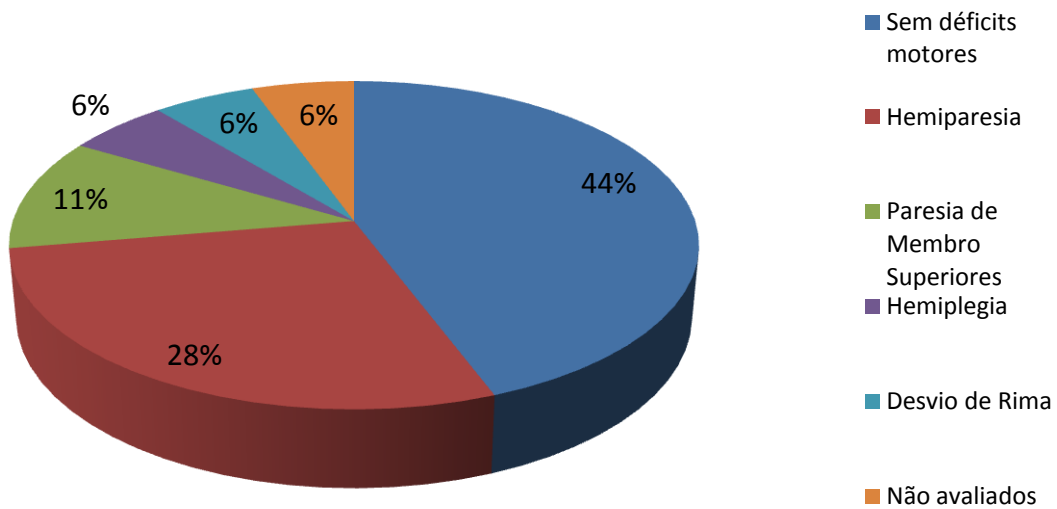


Gráfico 2 – Principais déficits motores encontrados amostra

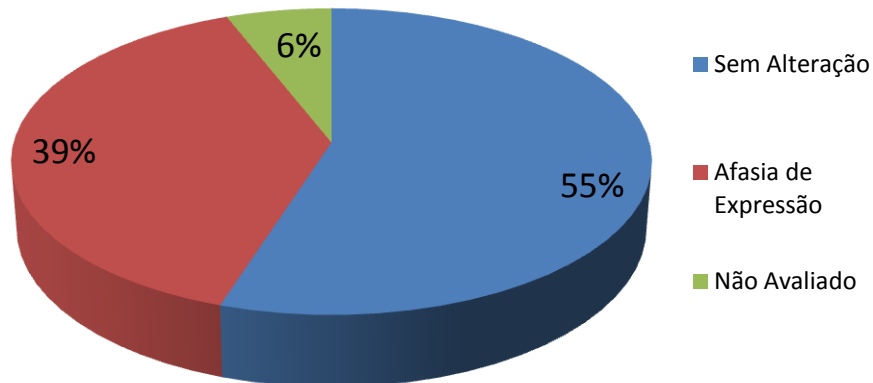


Gráfico 3 – Principais déficits de fala encontrados na amostra

As alterações de tônus foram pouco presentes na amostra, sendo que 50% apresentaram normotonia, 33% hipotonia, 17% hipertonia e 5% não puderam ser avaliados devido a dificuldade de cooperação do paciente. Um total de 83% apresentaram normorreflexia e 17% tiveram alteração de reflexo. Em 50% pacientes não houve alteração de sensibilidade, 16% apresentaram alteração e 33% não puderam ser avaliados, devido a dificuldade de compreensão do paciente.

Foi constatado que 33% da amostra não apresentou déficit de fala ou de força muscular no momento da avaliação, porém através da análise de prontuários pode-se observar que destes 33%, 28% apresentaram déficits de força muscular no momento da admissão hospitalar.

Dentre os pacientes da amostra 89% receberam alta hospitalar e apenas 2 pacientes foram a óbito durante a pesquisa (11%).

Discussão

Os indivíduos mais acometidos pelo AVC no presente estudo, foram indivíduos de raça branca (61%), casados (61%), sem escolaridade (39%) coincidindo com o estudo de Moro⁽⁸⁾ onde observaram que 59,6% não haviam completado primeiro grau; 55,3% casados; e 87,2% de raça branca; Pode-se sugerir, que indivíduos com nível de escolaridade baixo, também sejam de nível socioeconômico baixo, e por isso tenham menos acesso a informação em saúde e também ao tratamento das doenças de base. Já com relação ao gênero, quando comparados homens e mulheres da mesma faixa etária, percebe-se que os homens tem a pressão arterial mais alta e, além disso, são mais susceptíveis a doenças cardíacas, doenças arteriais periféricas e ao tabagismo (Appelros)⁽¹²⁾.

A ocorrência do AVC no presente estudo concentrou-se em pacientes com idade acima de 60 anos, demonstrando semelhança com o estudo de Pires⁽¹³⁾ que apresentou média de 68,1 anos de idade e Fernandes⁽¹⁴⁾ 67,7 anos. Embora o AVC atualmente não seja considerado exclusivo da velhice a incidência desta patologia dobra à medida que a idade avança, pois ocorre a soma de doenças metabólicas e cardiovasculares que são altamente relacionadas com o envelhecimento^(15,16). Calcula-se que em 2025 haverá mais de 800 milhões de pessoas com mais de 65 anos de idade no mundo, devido ao aumento da longevidade populacional, e dois terços dessas pessoas estará vivendo em países em desenvolvimento. Isso demonstra a necessidade da adoção de medidas preventivas para reduzir a incidência da doença⁽¹⁷⁾.

Através de uma revisão sistemática, Appelros⁽¹²⁾, observou que a idade média do primeiro episódio de AVC foi 68,6 anos entre os homens e 72,9 anos entre as mulheres. Além disso, a taxa de acidente vascular cerebral no sexo masculino foi 33% mais elevado e sua prevalência foi 41% maior do que no sexo feminino. No presente estudo, a incidência no sexo masculino também foi mais elevada, representando 61% da amostra. No entanto, a média de idade entre ambos os sexos foi de 64 anos. A ocorrência do AVC mais precocemente na população pode ser explicada por prevenção ineficiente de doenças de base como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemia em conjunto com os maus hábitos da sociedade atual, tornando as morbidades mais frequentes mais cedo na vida da população⁽¹⁸⁾.

Em relação ao tipo de acidente vascular cerebral, o de origem isquêmica (AVCI) foi mais frequente que o de origem hemorrágica (AVCH) (66,7% e 33,3%, respectivamente) corroborando com estudos prévios, como Randanovic⁽¹⁹⁾, Barbosa⁽²⁰⁾ e Sá et al⁽⁷⁾. Segundo Elliot⁽²¹⁾, o principal fator de risco associado ao AVCH é a HAS como observado no presente estudo, onde 50% da amostra apresentou tal fator de risco previamente ao insulto cerebrovascular. Já em relação ao AVCI, o principal fator de risco encontrado na amostra, foi o AVC prévio (58,3%) o que difere dos estudos de Sá⁽⁷⁾, Pires⁽¹³⁾ e Malcher⁽²²⁾, onde também se destaca a HAS como principal fator de risco. Em outro estudo, como Carvalho⁽²³⁾, um terço da amostra (42,9%) apresentaram acidente vascular anterior. Os autores relatam que, assim como outros estudos no Brasil, a frequência de AVC prévio é bastante elevada (mais de 40%), diferindo de outros países. Isso pode refletir fatores genéticos, socioculturais ou ambientais, mas provavelmente envolve falhas nas medidas profiláticas Malcher⁽²²⁾ e Carvalho⁽²³⁾. Também destaca que 28,5% dos pacientes tiveram AVC prévio e correlaciona essa recorrência a HAS, pois todos os pacientes que relataram AVC prévio a tinham como fator de risco. No presente estudo 50% dos pacientes que apresentaram AVC prévio eram diagnosticados com HAS, 38% eram tabagistas e 25%

apresentavam hipercolesterolemia. Com base nesses dados é possível inferir que a recorrência do insulto cerebrovascular deve-se a falhas nas medidas profiláticas secundárias adotadas.

Com relação às morbidades, 55% da amostra do presente estudo apresentaram algum tipo de sequela motora no momento da avaliação, dentre elas a mais prevalente foi a hemiparesia, acometendo 28% destes pacientes. Leite⁽²⁴⁾ e Polese⁽²⁵⁾, apontam a hemiparesia como principal sequela do AVC e destacam o impacto que ela pode causar nos custos para saúde pública, bem como para os cuidadores, visto que ela interfere nas atividades de vida diária dos pacientes e diminui a qualidade de vida dos mesmos. Neste estudo 33% dos pacientes não apresentaram déficits motores ou de fala no momento da avaliação. Ao analisarmos os dados do prontuário, observou-se que 28% destes pacientes apresentaram alterações motoras e/ou de fala na internação hospitalar e também lesões agudas na TC, o que pode caracterizar casos de AVC de pequeno ictô. A maioria da população apresentou alterações da fala, sobretudo as afasias o que pode ser justificado pela maior incidência de lesão no hemisfério esquerdo (61%) Porém devido ao alto índice de AVC prévio alguns pacientes já apresentavam alterações de fala prévias.

A localização mais frequente do AVC, segundo a literatura, é a região fronto parietal, que recebe irrigação da artéria cerebral média, que por sua vez, é a mais acometida⁽⁴⁾. Porém no presente estudo a região capsular, seguida pela região fronto parietal foram as mais acometidas. No momento da avaliação a maioria dos pacientes não apresentavam sinais de espasticidade, o que era esperado por se encontrarem na fase aguda pós AVC.

Nas últimas décadas, muitas pesquisas tem sido realizadas na tentativa de diminuir a morbidade e mortalidade causada pelo AVC em todo o mundo. Projeções da World Health Organization⁽²⁾ afirmam que 1 em cada 6 pessoas sofrerá um AVC ao longo da vida e o estudo de Mensah⁽²⁶⁾, mostrou que não há nenhum país no mundo onde o ônus da doença, em termos de número absoluto de pessoas afetadas ou óbito por AVC, têm diminuído nas ultimas duas décadas. Na amostra do presente estudo 11% dos pacientes vieram a óbito, o que não incluiu pacientes muito graves, que possam ter ido a óbito na UTI no período avaliado. O Brasil obteve um declínio na incidência de mortalidade⁽²⁷⁾ porém ainda apresenta a quarta pior taxa de mortalidade precoce hospitalar por AVC correspondendo a 34,3% entre os países da América Latina, demonstrando uma disparidade quando comparada com países desenvolvidos como em Canadá (6,9%) ou a Holanda (17,3%)⁽²⁸⁾.

Sabe-se que a incidência de doenças cerebrovasculares, como o AVC é esperável, devido ao aumento da expectativa de vida, uma vez que sua ocorrência dobra à medida que a idade avança. Desta maneira, torna-se indispensável medidas que otimizem sua prevenção e controle dos fatores de risco, a fim de diminuir sua recorrência.

Conclusão

Neste estudo, podemos evidenciar que os pacientes internados com AVC no HUSF, eram em sua maioria, homens, brancos, casados, sem formação, com média de idade de 63,9 anos. Houve maior frequência de AVC isquêmico, em região capsular, tendo como principais fatores de risco o AVC prévio e a HAS e como principal sequela a hemiparesia.

Neste contexto, sugerimos a continuidade do estudo para que o número de sujeitos seja mais representativo, afim de delimitar com mais precisão o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes internados com AVC no HUSF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHO STEP wise approach to stroke surveillance. Noncommunicable Diseases and Mental Health Word Health Organization. [Internet]. [Citado em 31 mai. 2015] Disponível em: HTTP://who.int/ntc_surveillance/en/steps-stroke_manual_v1.2.pdf
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Steps stroke manual. [Internet]. [Citado em 31 mai. 2015] Disponível em: <<http://www.who.int/chp/steps/Stroke/en>>
3. RODRIGUES, MM, BERTOLUCCI, PHF. Neurologia para o clinico geral. Barueri, SP. Manole, 2014.
4. NETO, JPB, TAKAYANAGUI, OM. Tratado de Neurologia: Da Academia Brasileira de Neurologia. Rio de Janeiro, RJ. Elsevier, 2013
5. TEIXEIRA, I. O envelhecimento cortical e a reorganização neural após o acidente vascular encefálico (AVE): implicações para a reabilitação. Cienc Saúde Col 2008;13(supl.2):2171-8.
6. ABE, ILM. Prevalência de Acidente Vascular Cerebral em área de exclusão social na cidade de São Paulo, Brasil: utilizando questionário validado para sintomas. 2010. 182 f Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
7. SÁ, BP, GRAVE, MTQ, PÉRICO, E. Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. Revista de Neurociências 22 (3), 381-387, Outubro. 2014.
8. MORO, A, et al. Perfil dos pacientes acometidos com Acidente vascular Cerebral Isquêmico hospitalizados no Hospital Governador Celso Ramos. Arq catarin. Med. 2013 jan-mar; 42(1): 63-67

9. O' SULLIVAN, SB, SCHMITZ, TJ. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. São Paulo, SP. Manole, 1993.
10. ARAÚJO, APS et al. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com Acidente Vascular Encefálico atendidos no setor de neurologia da Clínica de Fisioterapia da UNIPAR. Campus Sede. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 35-42, jan./abr. 2008.
11. SILVA, MCL et al. Caracterização clínica e motora-funcional de idosos hospitalizados pós-Acidente Vascular Cerebral. *Rev Neurocienc*;22(3):337-343, 2014.
12. APPELROS, P, TERÉNT, A. Sex Differences in Stroke Epidemiology: A Systematic Review. *AhaJournals Stroke*, DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.540781, 2016 .
13. PIRES, SL, GAGLIARDI, RJ, GORZONI, ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62(3-B):844-851
14. FERNANDES, TG, et al. Taxas de letalidade precoce por acidente vascular cerebral em três registros hospitalares no nordeste e sudeste do Brasil. *Arq. NeuroPsiquiatr*. vol.70 no.11 São Paulo Nov. 2012 <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2012001100009>
15. CAVALCANT, RPM et al. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jul-ago 2010; 18(4):[06 telas]
16. POLESE, JC, et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular. *Revista neurociências* 2008
17. WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Stepwise approach to stroke surveillance. [Internet]. [Citado em 05 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/steps/stroke/en/>.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Cadernos de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus – Protocolo. Brasília, 2001. [Internet]. [Citado em 27 mai. 2015] Disponível em: (http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf).
19. RANDANOVIC, M. Característica do atendimento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral em hospital secundário. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58(1): 99-106
20. BARBOSA, MAR, et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. *Rev Bras Clin Med*; 7:357-360, 2009.
21. ELLIOTT, J, SMITH, M. The Acute Management of Intracerebral Hemorrhage: A Clinical Review. 10.1213/ANE.0b013e3181d568c8, 2010.

22. MALCHER, SAO, et al. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular encefálico de um hospital público. Pará, 2009
23. CARVALHO, JJF, et al. Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil. A Hospital-Based Multicenter Prospective Study. *Stroke*, 2011
24. LEITE, HR, NUNES, APN, CORREA, CL. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG. *Fisioterapia e Pesquisa*, 2009
25. POLESE, CP, et al. Estudo de seguimento da função motora de indivíduos pós-acidente vascular encefálico. *Fisioter Pesq.* 20(3):222, 2013.
26. MENSAH, GA, NORRVING, B, FEIGIN, VL. The Global Burden of Stroke. *Neuroepidemiology* 2015.
27. RODRIGUES, TA, et al. Projeto Diretrizes - Acidente Vascular Encefálico Agudo: Reabilitação. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, 2012
28. FERNANDES, JG. Stroke prevention and control in Brazil: missed opportunities. DOI: 10.1590/0004-282X20150127, 2015

5. ANEXOS

ANEXO 1

REVISTA FISIOTERAPIA & PESQUISA

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Escopo e política

As submissões que atendem aos padrões estabelecidos e apresentados na Política Editorial da Fisioterapia & Pesquisa (F&P) serão encaminhadas aos Editores Associados, que irão realizar uma avaliação inicial para determinar se os manuscritos devem ser revisados. Os critérios utilizados para a análise inicial do Editor Associado incluem: originalidade, pertinência, metodologia e relevância clínica. O manuscrito que não tem mérito ou não esteja em conformidade com a política editorial será rejeitado na fase de pré-análise, independentemente da adequação do texto e qualidade metodológica. Portanto, o manuscrito pode ser rejeitado com base unicamente na recomendação do editor de área, sem a necessidade de nova revisão. Nesse caso, a decisão não é passível de recurso. Os manuscritos aprovados na pré-análise serão submetidos a revisão por especialistas, que irão trabalhar de forma independente. Os revisores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores para os revisores. Os Editores Associados irão coordenar o intercâmbio entre autores e revisores e encaminharam o pré parecer ao Editor Chefe que tomará a decisão final sobre a publicação dos manuscritos, com base nas recomendações dos revisores e Editores Associados. Se aceito para publicação, os artigos podem estar sujeitos a pequenas alterações que não afetarão o estilo do autor, nem o conteúdo científico. Se um artigo for rejeitado, os autores receberão uma carta do Editor com as justificativas. Ao final, toda a documentação referente ao processo de revisão será arquivada para possíveis consultas que se fizerem necessárias na ocorrência de processos éticos.

Todo manuscrito enviado para FISIOTERAPIA & PESQUISA será examinado pela secretaria e pelos Editores Associados, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. O manuscrito que não estiver de acordo com as normas serão devolvidos aos autores para adequação antes de serem submetidos à apreciação dos pares. Cabem aos Editores Chefes, com base no parecer dos Editores Associados, a responsabilidade e autoridade para encaminhar o manuscrito para a análise dos especialistas com base na sua qualidade e originalidade, prezando

pelo anonimato dos autores e pela isenção do conflito de interesse com os artigos aceitos ou rejeitados.

Em seguida, o manuscrito é apreciado por dois pareceristas, especialistas na temática no manuscrito, que não apresentem conflito de interesse com a pesquisa, autores ou financiadores do estudo, apresentando reconhecida competência acadêmica na temática abordada, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade da avaliação. As decisões emitidas pelos pareceristas são pautadas em comentários claros e objetivos. Dependendo dos pareceres recebidos, os autores podem ser solicitados a fazerem ajustes que serão reexaminados. Na ocorrência de um parecerista negar e o outro aceitar a publicação do manuscrito, o mesmo será encaminhado a um terceiro parecerista. Uma vez aceito pelo Editor, o manuscrito é submetido à edição de texto, podendo ocorrer nova solicitação de ajustes formais, sem no entanto interferir no seu conteúdo científico. O não cumprimento dos prazos de ajuste será considerado desistência, sendo o artigo retirado da pauta da revista FISIOTERAPIA & PESQUISA. Os manuscritos aprovados são publicados de acordo com a ordem cronológica do aceite.

RESPONSABILIDADE E ÉTICA

O conteúdo e as opiniões expressas no manuscrito são de inteira responsabilidade dos autores, não podendo ocorrer plágio, autoplágio, verbatim ou dados fraudulentos, devendo ser apresentada a lista completa de referências e os financiamentos e colaborações recebidas. Ressalta-se ainda que a submissão do manuscrito à revista FISIOTERAPIA & PESQUISA implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação. Os autores devem estar aptos a se submeterem ao processo de revisão por pares e, quando necessário, realizar as correções e ou justificativas com base no parecer emitido, dentro do tempo estabelecido pelo Editor. Além disso, é de responsabilidade dos autores a veracidade e autenticidade dos dados apresentados nos artigos. Com relação aos critérios de autoria, só é considerado autor do manuscrito aquele pesquisador que apresentar significativa contribuição para a pesquisa. No caso de aceite do manuscrito e posterior publicação, é obrigação dos autores, mediante solicitação do Editor, apresentar possíveis retratações ou correções caso sejam encontrados erros nos artigos após a publicação. Conflitos éticos serão abordados seguindo as diretrizes do Committee on Publication Ethics (COPE). Os autores devem consultar as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors* (www.icmje.org) e da *Comissão de Integridade na Atividade Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e*

Tecnológico – *CNPq*(www.cnpq.br/web/guest/diretrizes) ou do *Committee on Publication Ethics* – *COPE*(www.publicationethics.org).

Artigos de pesquisa envolvendo seres humanos devem indicar, na seção Metodologia, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes. As pesquisas com humanos devem trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos brasileiros devem estar de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para estudos fora do Brasil, devem estar de acordo com a Declaração de Helsinque.

Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (por exemplo, *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em *PAIN*, 16:109-110, 1983) e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais e trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Animal.

Reserva-se à revista *FISIOTERAPIA & PESQUISA* o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais.

Para os ensaios clínicos, é obrigatória a apresentação do número do registro do ensaio clínico na folha de rosto no momento da submissão. A revista *FISIOTERAPIA & PESQUISA* aceita qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (por ex. <http://clinicaltrials.gov>). A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>.

O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes deve ser evitado.

Um paciente não poderá ser identificado por fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original no momento da submissão.

A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais dos autores do manuscrito.

A revista *FISIOTERAPIA & PESQUISA* publica, preferencialmente, Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática e Metanálises e Artigos Metodológicos, sendo que as Revisões Narrativas só serão recebidas, quando os autores forem convidados pelos Editores. Além disso, publica Editoriais, Carta ao Editor e Resumos de Eventos como Suplemento.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

APRESENTAÇÃO:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) ou no *Clinical Trials*(<http://clinicaltrials.gov>).

OBS: A partir de 01/01/2014 a FISIOTERAPIA & PESQUISA adotará a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro retrospectivo, ou seja, ensaios clínicos que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013, a revista aceitará o seu registro ainda que de forma prospectiva.

RESUMO, ABSTRACT, DESCRITORES E KEYWORDS:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o *abstract* devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *keywords* (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

ESTRUTURA DO TEXTO:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;
- c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;
- d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;
- e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

TABELAS, GRÁFICOS, QUADROS, FIGURAS E DIAGRAMAS:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda.

Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

AGRADECIMENTOS:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.

ENVIO DOS MANUSCRITOS

Os autores devem encaminhar dois arquivos que contêm o manuscrito (texto + tabelas + figuras) sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.

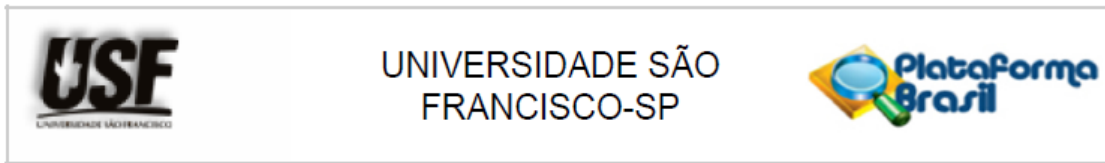
Para a submissão do manuscrito, o autor deve acessar a Homepage da SciELO (<http://submission.scielo.br/index.php/fp/login>), ou link disponibilizado abaixo, com o seu login e senha. No primeiro acesso, o autor deve realizar o cadastro dos seus dados. Juntamente com o manuscrito, devem ser enviados no item 4 do processo de submissão – TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES, os três arquivos listados abaixo (Download), devidamente preenchidos e assinados, bem como o comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

a) **Carta de Encaminhamento** (Download) – informações básicas sobre o manuscrito.

b) **Declaração de Responsabilidade e Conflito de Interesses** (Download) – é declarada a responsabilidade dos autores na elaboração do manuscrito, bem como existência ou não de eventuais conflitos de interesse profissional, financeiro ou benefícios diretos ou indiretos que possam influenciar os resultados da pesquisa.

c) **Declaração de Transferência de Direitos Autorais (Download)**- é transferido o direito autoral do manuscrito para a Revista Fisioterapia & Pesquisa / Physical Therapy & Research, devendo constar a assinatura de todos os autores

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO E SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO

Pesquisador: Gianna Carla Cannonieri

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48392315.0.0000.5514

Instituição Proponente: Universidade São Francisco-SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.205.529

Apresentação do Projeto:

Esse estudo envolve 50 pacientes do HUSF que apresentaram AVC. Os pacientes e seus prontuários serão avaliados para que se obtenha informações como: perfil clínico e sócio-demográfico, alterações da fala, alterações motoras e de sensibilidade destes pacientes. Será preenchida uma ficha de avaliação após assinatura do TCLE pelo voluntário. Se no prontuário estiver faltando algum dado para a pesquisa, esse dado será obtido por entrevista direta com o paciente ou com o acompanhante.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é traçar o perfil clínico e sócio-demográfico dos pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral internados no Hospital Universitário São Francisco

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não apresenta risco e os resultados ajudarão a identificar o perfil de pacientes com AVC, favorecendo o direcionamento e implementação de medidas preventivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os métodos estão adequados para se atingir os objetivos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos encontram-se adequados

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218
 Bairro: JARDIM SAO JOSE CEP: 12.916-900
 UF: SP Município: BRAGANCA PAULISTA
 Telefone: (11)2454-8981 Fax: (11)4034-1825 E-mail: comite.etica@saofrancisco.edu.br



UNIVERSIDADE SÃO
FRANCISCO-SP



Continuação do Parecer: 1.205.529

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A coleta de dados só pode ser iniciada após aprovação do CEP. Ajustar isso no projeto e formulário do CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

APÓS DISCUSSÃO EM REUNIÃO DO DIA 27/08/2015, O COLEGIADO DELIBEROU PELA APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISAS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO.pdf	22/06/2015 18:39:57		Aceito
Folha de Rosto	4.pdf	29/06/2015 12:58:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO TCC modif..pdf	30/06/2015 12:19:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO para acompanhante anexo.pdf	30/06/2015 12:20:03		Aceito
Outros	ANEXO D Termo de Apresentação e Autorização.pdf	30/06/2015 12:26:03		Aceito
Outros	Termo de Apresentação e Autorização pág 2.pdf	30/06/2015 12:37:38		Aceito
Outros	Avaliação do Centro de Estudos do HUSF.pdf	30/06/2015 12:39:39		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_542173.pdf	30/06/2015 17:52:34		Aceito
Outros	Curriculum Lattes.pdf	25/07/2015 07:55:28		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_542173.pdf	25/07/2015 07:56:24		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218
 Bairro: JARDIM SAO JOSE CEP: 12.916-900
 UF: SP Município: BRAGANCA PAULISTA
 Telefone: (11)2454-8981 Fax: (11)4034-1825 E-mail: comite.etica@saofrancisco.edu.br



UNIVERSIDADE SÃO
FRANCISCO-SP



Continuação do Parecer: 1.205.529

BRAGANCA PAULISTA, 28 de Agosto de 2015

Assinado por:
MARCELO LIMA RIBEIRO
(Coordenador)

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218

Bairro: JARDIM SAO JOSE **CEP:** 12.916-900

UF: SP **Município:** BRAGANCA PAULISTA

Telefone: (11)2454-8981 **Fax:** (11)4034-1825 **E-mail:** comite.etica@saofrancisco.edu.br