



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**DANIELA ANDRADE LIMA
LUCAS DOS SANTOS DE SOUZA**

**INCAPACIDADE FUNCIONAL TRINTA DIAS APÓS O ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL: ESTUDO TRANSVERSAL**

LAGARTO

2025

DANIELA ANDRADE LIMA
LUCAS DOS SANTOS DE SOUZA

**FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE FUNCIONAL TRINTA
DIAS APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Projeto de pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC 2) do curso de Graduação em Enfermagem do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof. Dr^a. Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro.

Co-orientadora: Me. Marcirene Santos de Mendonça.

LAGARTO
2025

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a Deus por toda graça não merecida, conhecimento, paciência e resiliência. “Rendei graças ao Senhor, porque ele é bom, porque a sua misericórdia dura para sempre.”

Salmos 136:1

AGRADECIMENTOS

Ao final desse percurso eu Daniela Andrade Lima pude perceber o quanto sou abençoada, o quanto fui cuidada, guiada e acima de tudo sustentada por Deus para não desistir de nada até aqui. O seu amor me constrange, Senhor, porque qualquer ato meu será sempre insuficiente para recompensar toda graça. Muitíssimo obrigada!! Agradeço a minha mãe Maria Aldeci de Andrade por todo apoio e incentivo durante esses 5 anos de curso, sempre orando por mim, me sustentando de todas as formas e aquecendo meu coração com um abraço de incentivo e “te amo” no meu ouvido a cada ida minha para Lagarto ou a cada retorno. Agradeço conjuntamente as minhas irmãs: Marília Andrade Lima e Grasielle Andrade Lima, eu sem vocês não sou eu, vocês me dão forças e créditos que nem eu mesma sabia que poderia ter com vocês, obrigada por serem do jeitinho ímpar de cada uma e transbordar o meu coração com amor, eu não sei conquistar nada sem vocês! Agradeço a minha filha pet Loli, por ser o anjo prometido que Deus me deu, o marco da minha mudança, que mesmo não racionalmente, acaba me curando sem saber, alegrando meus dias e dando o plus sobre a delícia que é voltar para casa. Agradeço ao amor da minha vida Yago Abílio por ser consolo, suporte, incentivo, por acreditar mais em mim do que eu mesma, por me ensinar diariamente sobre determinação. Família eu AMO MAIS VOCÊS DO QUE EU!!! Agradeço ao meu irmão e companheiro de todas as horas, minha dupla ímpar de 5º ano, cara você é sensacional. Obrigada por aturar todos os meus surtos e ser tão resolutivo, nós somos os extremos mais coerentes do mundo, eu amo você!

A filosofia africana é esplêndida, especialmente com o conceito de *Ubuntu* ("Sou quem sou porque somos todos um!"). Costumo dizer que eu sou porque muitos foram antes de mim. Foram fortes, persistentes e guerreiros. Foram tão generosos que me possibilitaram ser o primeiro da família a conquistar o ensino superior. Meus pais, Ângela e Gilvânio, com todo sacrifício, abnegação e luta, tornaram-me enfermeiro. Ao mesmo tempo, agradeço à minha família, que esteve comigo nessa caminhada, sonhou, planejou, sofreu e agora vê a concretização desse sonho: meus tios, tias, primos, avós e meus irmãos, Thiago e Moisés. Aos amigos, tanto os de longa data quanto os recém-chegados, que tornaram essa jornada um pouco menos árdua, que compartilharam angústias e conquistas e ofereceram um ombro amigo para os momentos de desabafo, minha gratidão. À minha parceira de jornada, meu ponto de equilíbrio e parte essencial desse todo, sem a qual nada teria sido da mesma forma, também expressei meu profundo agradecimento. Agradeço a mim mesmo, pelo sacrifício, por suportar — muitas vezes em silêncio — tantas provações e dificuldades. Por fim, não poderia deixar de agradecer à força que tudo move, planeja e dá meios. Sem Deus, nada disso teria sido possível.

Encerrando meus agradecimentos, compartilho um poema de Mário Quintana:

“Seiscentos e Sessenta e Seis

A vida é uns deveres que nós trouxemos para fazer em casa.
Quando se vê, já são 6 horas: há tempo...
Quando se vê, já é 6ª feira...
Quando se vê, passaram 60 anos!
Agora, é tarde demais para ser reprovado...
E se me dessem – um dia – uma outra oportunidade,
eu nem olhava o relógio
seguia sempre em frente...
e iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas.”

Eu, Lucas, tenho plena certeza de que nada seria diferente ante outra oportunidade!

Agradecemos conjuntamente ao nosso grupo do GERAR: Alice, Gio, Elô e Eve. Vocês são presentes divinos e nós nos inspiramos em vocês, enfermeiras. Obrigado(a) por cada riso, choro, estresse e ânimo vividos por nós. Não tem como sermos chamado de Enfermeiros sem vocês, nosso combustível! Nós te amamos e o nosso significado será eterno!!!!

Agradecemos à nossa orientadora, a professora Dra. Fernanda, por sua orientação ao longo do desenvolvimento deste trabalho, que foi fundamental para a concretização desta pesquisa! À Marcirene, expressamos nossa profunda gratidão pela generosidade em ceder os dados necessários para esta investigação.

À professora Carolina, agradecemos pela análise criteriosa dos dados, pelas contribuições metodológicas e pela disposição, tornando este trabalho mais sólido e preciso. Por fim, à banca examinadora, nosso mais sincero agradecimento pela leitura atenta, pelas sugestões construtivas e pela revisão criteriosa do trabalho. Suas considerações foram fundamentais para o aprimoramento desta pesquisa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Composição da amostra.....	23
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas dos grupos com e sem incapacidade funcional. 26

Tabela 2- Características clínicas e funcionais de pacientes com e sem incapacidade após AVC .27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 Epidemiologia e manejo do acidente vascular cerebral	15
3.2 Funcionalidade e incapacidade após acidente vascular cerebral	17
3.3 Impactos após acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico	19
4 MÉTODO	21
4.1 Desenho do estudo	21
4.2 Local do estudo	21
A coleta de dados foi realizada no <i>Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE)</i> , referência para urgências e emergências clínicas, hospital público e de grande porte, localizado na capital de Sergipe e coordenado pela Secretaria de Saúde de Sergipe. O período de coleta abrangeu os meses de agosto de 2022 a janeiro de 2023.	21
4.3 Participantes e critérios de exclusão e inclusão	21
4.4 Variáveis	21
4.4.1 Estado Neurológico	22
4.4.2 Funcionalidade pós-AVC	23
4.4.3 Carga comórbida	23
4.5 Desfecho	24
4.6 Sistemática da coleta de dados	24
4.7 Análise estatística	24
4.8 Aspectos éticos	25
5 RESULTADOS	26
6 DISCUSSÃO	29
Limitações	31
7 CONCLUSÃO	32

REFERÊNCIAS 33

ANEXO A 40

RESUMO

Introdução: As incapacidades decorrentes do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e suas repercussões influenciam na perda da funcionalidade e maior dependência assim, cerca de 30% dos sobreviventes de AVC, apresentam incapacidades funcionais severas, necessitando de assistência contínua para a realização das atividades diárias. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional de pacientes após 30 dias do acidente vascular cerebral. **Método:** Estudo transversal retrospectivo realizado com 66 registros de pacientes diagnosticados com AVC, em todo território sergipano, atendidos no Hospital de Urgência entre agosto de 2022 e janeiro de 2023. A coleta de dados utilizou instrumentos específicos e contato telefônico 30 dias após o AVC, para aplicação da Escala de Rankin. As variáveis testadas incluíram idade, gênero, estado civil, escolaridade, localidade, estado neurológico (Escala de Coma de Glasgow), funcionalidade pós-AVC e Índice de Comorbidade de Charlson. A análise estatística empregou os testes Shapiro-Wilk, Levene, Qui-quadrado, Exato de Fisher e Mann-Whitney, com nível de significância de 5% no software JASP (versão 9.1.0). **Resultados:** A amostra foi composta por dois grupos: Grupo 1 (G1) contendo 14 pacientes sem incapacidade e Grupo 2 (G2) contendo 52 indivíduos com incapacidade funcional. O G2 era significativamente mais velho (mediana: 65,7 anos) do que aqueles sem incapacidade (G1: 57 anos) ($p = 0,022$). O G1 apresentou predominância do sexo masculino (71,4%), enquanto no G2 houve maior prevalência feminina (61,5%) ($p = 0,057$). A maioria do G1 era casada ou em união estável (92,9%), enquanto no G2 predominavam viúvos ou solteiros (57,7%) ($p = 0,003$). Não houve diferenças estatísticas entre a relação da escolaridade e local de moradia com funcionalidade. O G1 apresentou pontuação leve na Escala de Coma de Glasgow, enquanto no G2 essa condição foi observada em 75% dos casos ($p = 0,015$). Em relação à funcionalidade, 98% do G2 apresentou limitação funcional pós-AVC, em comparação com 42,8% no G1 ($p < 0,001$), evidenciando maior impacto funcional no grupo com incapacidade. **Conclusão:** A incapacidade esteve associada à idade, gênero, estado civil, carga comórbida, necessidade de internação, pontuação na Escala de Coma de Glasgow e funcionalidade.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Escala de Rankin; Incapacidade.

ABSTRACT

Introduction: Disabilities resulting from stroke and their repercussions influence the loss of functionality and greater dependence, thus, approximately 30% of stroke survivors have severe functional disabilities, requiring continuous assistance to perform daily activities. **Objective:** To evaluate the functional capacity of patients 30 days after stroke. **Method:** Retrospective cross-sectional study carried out with 66 records of patients diagnosed with stroke, throughout the territory of Sergipe, treated at the Emergency Hospital between August 2022 and January 2023. Data collection used specific instruments and telephone contact 30 days after the stroke, to apply the Rankin Scale. The variables tested included age, gender, marital status, education, location, neurological status (Glasgow Coma Scale), post-stroke functionality, and Charlson Comorbidity Index. Statistical analysis used the Shapiro-Wilk, Levene, Chi-square, Fisher's exact and Mann-Whitney tests, with a significance level of 5% in the JASP software (version 9.1.0). **Results:** The sample consisted of two groups: Group 1 (G1) containing 14 patients without disability and Group 2 (G2) containing 52 individuals with functional disability. G2 was significantly older (median: 65.7 years) than those without disability (G1: 57 years) ($p = 0.022$). G1 showed a predominance of males (71.4%), while G2 had a higher prevalence of females (61.5%) ($p = 0.057$). The majority of G1 were married or in a stable union (92.9%), while G2 was predominantly widowed or single (57.7%) ($p = 0.003$). There were no statistical differences between the relationship between education level and place of residence and functionality. G1 presented mild scores on the Glasgow Coma Scale, while in G2 this condition was observed in 75% of cases ($p = 0.015$). Regarding functionality, 98% of G2 presented functional limitation after stroke, compared with 42.8% in G1 ($p < 0.001$), evidencing greater functional impact in the group with disability. **Conclusion:** Disability was associated with age, gender, marital status, comorbid burden, need for hospitalization, Glasgow Coma Scale score and functionality.

Keywords: Stroke; Rankin Scale; Disability.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade global, caracterizado por déficit neurológico com instalação súbita decorrente da interrupção no suprimento sanguíneo cerebral, seja por obstrução vascular (AVC isquêmico) ou hemorragia (AVC hemorrágico) (De Paula *et al.*, 2023).

A gravidade desses acidentes e suas repercussões sistêmicas influenciam significativamente no prognóstico funcional e os fatores de risco são sexo, idade avançada, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo e fibrilação atrial, os quais contribuem para perda da funcionalidade e maior dependência, após o AVC (Rocha *et al.*, 2022), sendo que a incapacidade nos maiores de 60 anos, é maior que 30% (Zandamela, 2024).

A funcionalidade é definida como a interação dinâmica entre fatores pessoais e ambientais com as condições de saúde do indivíduo e impactam na capacidade de realizar atividades da vida diária (AVD) (Barreto *et al.*, 2021), contudo aproximadamente 30% dos sobreviventes de AVC, apresentam incapacidades funcionais severas, necessitando de assistência contínua para a realização dessas atividades (Sales *et al.*, 2023).

Tais incapacidades, ou não, podem ser avaliadas por escalas, incluindo a escala de Rankin modificada, que avalia o grau de comprometimento funcional e prevê a evolução da recuperação neurológica (Oliveira *et al.*, 2021; Galeão *et al.*, 2021). A aplicação dessa escala no estudo de Wang *et al.*, 2022, três meses pós-AVC, indicou que 14% dos indivíduos apresentavam limitações nas AVD, que acarretaram perda da autonomia funcional, prejuízo na qualidade de vida e reintegração social (Souza, 2022; Matos *et al.*, 2020).

Para minimizar essa perda da autonomia, a reabilitação exige uma abordagem multimodal, integrando estratégias terapêuticas para otimizar a recuperação funcional (Freire *et al.*, 2024). Entretanto, o acesso a terapias de reabilitação é limitado, devido a dificuldades de transporte, restrições geográficas e poucos centros especializados, além de obstáculos burocráticos e longas filas de espera no sistema de saúde (Santos *et al.*, 2022).

Assim, o AVC é uma das principais causas de incapacidade funcional no mundo, impactando significativamente a qualidade de vida dos pacientes e sobrecarregando os sistemas de saúde. No entanto, ainda há pouca compreensão sobre quais fatores estão mais fortemente associados à incapacidade funcional nos primeiros 30 dias após o AVC, especialmente em população específica, como a de Sergipe. Dessa forma, a pergunta de pesquisa é: quais fatores estão associados à funcionalidade de pacientes, trinta dias após um episódio de AVC?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a capacidade funcional de pacientes após 30 dias do acidente vascular cerebral.

2.2 Específicos

- Caracterizar a amostra com relação ao perfil sociodemográfico;
- Analisar o histórico clínico e diagnóstico dos pacientes;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Epidemiologia e manejo do acidente vascular cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição caracterizada por um déficit neurológico de início súbito decorrente de uma alteração vascular que interrompe o fluxo sanguíneo para uma área específica do cérebro (Roxa *et al.*, 2021). A disfunção neurológica manifesta-se por sinais e sintomas que refletem o comprometimento de áreas focais cerebrais (LV *et al.*, 2022). As doenças cerebrovasculares representam um dos mais graves desafios de saúde pública, configurando-se como a segunda principal causa de mortalidade global e uma das principais responsáveis pela incapacidade adquirida ao longo da vida (Ferezin; Castro; Ferreira, 2020).

Estima-se que aproximadamente 20% das doenças cardiovasculares estejam relacionadas ao AVC, sendo que cerca de 90% desses eventos correspondem ao tipo isquêmico. O impacto socioeconômico desse agravo é expressivo, refletindo-se em elevados custos com assistência médica, terapias de reabilitação e medicamentos, além das perdas econômicas decorrentes da redução da produtividade laboral. O custo total estimado do AVC ultrapassa 50 bilhões de dólares anualmente, evidenciando sua relevância para os sistemas de saúde e a economia global (Virani *et al.*, 2020).

A alta incidência do AVC isquêmico reforça sua magnitude epidemiológica, com uma estimativa anual de 13,7 milhões de novos casos. Projeções indicam que um em cada quatro indivíduos com mais de 25 anos sofrerá um episódio ao longo da vida. Em 2019, foram registrados globalmente 12,2 milhões de casos, resultando em 6,6 milhões de óbitos, enquanto mais de 100 milhões de pessoas vivem com sequelas decorrentes da doença (Brasil, 2020).

A ocorrência do AVC está predominantemente associada a fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, sedentarismo e tabagismo. Esses elementos desempenham um papel crucial na patogênese do evento cerebrovascular e, quando controlados, podem reduzir significativamente sua incidência. Por outro lado, fatores de risco não modificáveis, incluindo idade avançada, sexo masculino e raça negra, também contribuem para a vulnerabilidade ao AVC, mas não podem ser alterados por

intervenções preventivas. Entre os fatores modificáveis, a HAS se destaca como o mais prevalente, reforçando a necessidade de estratégias eficazes de monitoramento e controle para mitigar o impacto da doença (Moita *et al.*, 2021; Sales *et al.*, 2023).

As manifestações clínicas do AVC são predominantemente neurológicas e de instalação súbita, sendo os sinais mais frequentes a hemiparesia ou hemiplegia, afasia, perda visual abrupta, cefaleia intensa sem causa aparente e desvio da rima labial. Esses sintomas refletem o comprometimento focal do tecido cerebral, variando conforme a região afetada e a extensão da isquemia ou hemorragia (Brasil, 2020; Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, 2021).

Para a confirmação diagnóstica, a tomografia computadorizada de crânio sem contraste (TC) é o exame de primeira escolha, dada sua alta sensibilidade e rápida execução, especialmente no contexto emergencial. Esse exame permite diferenciar entre AVC isquêmico e hemorrágico, sendo fundamental para a definição da abordagem terapêutica e a otimização do tempo de intervenção, fator crítico para o prognóstico do paciente (Dias, 2023; Cunha, 2021).

Nesse sentido, a National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) é amplamente reconhecida como um forte preditor da evolução funcional pós-AVC. Estudos indicam que, a cada ponto adicional na pontuação da NIHSS, há um aumento de 2,3 vezes no risco de óbito e de 3 vezes na probabilidade de piora funcional. Além disso, a idade, o escore da NIHSS, o tipo de AVC, a presença de fibrilação atrial e o nível de independência funcional prévio ao evento estão diretamente associados ao prognóstico funcional e à recuperação motora (Das Mercês *et al.*, 2022).

Evidência proveniente de estudo observacional exploratório indica que o desempenho psicomotor no momento da alta hospitalar é um fator preditivo relevante para a funcionalidade dos pacientes três meses após o AVC. Nesse sentido, o Exame Geronto Psicomotor, quando aplicado na fase aguda da doença, demonstrou maior precisão na previsão de incapacidade funcional e qualidade de vida em comparação a outras escalas amplamente utilizadas, como a NIHSS, o Índice de Barthel e a Medida de Independência Funcional (MIF) (Gomes, 2021).

O AVC frequentemente resulta em sequelas persistentes que comprometem de forma significativa as funções sensoriais, motoras e cognitivas. Entre as complicações

mais comuns, destacam-se a paralisia facial, fraqueza muscular, alterações na sensibilidade, espasticidade, déficits na fala e compreensão, além da perda de coordenação motora e equilíbrio. Essas disfunções não apenas limitam a capacidade funcional do indivíduo, mas também reduzem substancialmente sua autonomia e qualidade de vida, tornando essencial a implementação de estratégias terapêuticas contínuas para reabilitação e readaptação às atividades cotidianas (Sanches, Tomaz e Carvalho, 2020).

3.2 Funcionalidade e incapacidade após acidente vascular cerebral

A funcionalidade é um parâmetro essencial na avaliação da recuperação de pacientes após um AVC, dada sua relação intrínseca com a qualidade de vida e a capacidade de reintegração social e ocupacional. Nesse contexto, a Escala de Rankin, originalmente desenvolvida para estratificar os desfechos funcionais pós-AVC, tem se consolidado como uma ferramenta fundamental na mensuração da incapacidade funcional. Inicialmente formulada para avaliar o impacto do AVC na funcionalidade do paciente, a escala passou por revisão ao longo dos anos, incorporando um novo grau (grau 6), que corresponde ao óbito, com o objetivo de ampliar sua abrangência e acurácia. Essa revisão permitiu que a escala fosse mais eficaz na captura de todo o espectro funcional pós-AVC, proporcionando uma avaliação mais precisa da incapacidade e das consequências do evento cerebrovascular (Han *et al.*, 2020).

A Escala de Rankin tem demonstrado elevada confiabilidade interobservador e é amplamente utilizada, tanto na prática clínica quanto em pesquisas, para prever os desfechos funcionais e o prognóstico de pacientes pós-AVC. Sua utilidade estende-se ao monitoramento das mudanças na funcionalidade ao longo do tempo e à avaliação de intervenções terapêuticas. No Brasil, a versão validada da Escala de Rankin tem se consolidado como um instrumento de referência na avaliação da gravidade do AVC, sendo aplicada no contexto clínico, epidemiológico e em pesquisas. (Han *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, estudos apontam que intervenção minimamente invasiva para remoção do hematoma, em casos de AVC hemorrágico, dentro de 24 horas após o evento tem como desfecho menor impacto na funcionalidade. Para além disso,

esses pacientes apresentam maiores chances de preservar a funcionalidade do pré-evento (Silva *et al.*, 2024)

O AVC isquêmico, o subtipo mais prevalente, impõe uma série de limitações motoras, sensoriais e cognitivas, comprometendo diretamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes. As consequências funcionais variam conforme a localização e a extensão da lesão cerebral, com implicações significativas nas AVDs e nas atividades instrumentais. Em muitos casos, os pacientes necessitam de assistência significativa para a realização de tarefas básicas, o que demanda a atuação coordenada de uma rede de suporte qualificada. A reabilitação funcional é um componente crucial da recuperação pós-AVC, com evidências robustas sugerindo que a intervenção precoce, iniciada idealmente nas primeiras 48 horas após o evento, é fundamental para a minimização de sequelas e para a recuperação funcional a longo prazo (Silva *et al.*, 2024).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece suporte reabilitacional especializado através dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), que contam com equipes multiprofissionais treinadas para lidar com as complexas demandas de pacientes pós-AVC. O modelo de reabilitação interdisciplinar adotado nesses centros é centrado na individualização do tratamento, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e suporte neuropsicológico. A efetividade do tratamento reabilitacional depende diretamente da adesão do paciente ao programa terapêutico, o que por sua vez é influenciado pela motivação do paciente, pelo envolvimento da família e pela criação de uma rede de apoio robusta (Chaves *et al.*, 2024).

A Sociedade Brasileira de AVC (SBAVC) enfatiza que a reabilitação de pacientes pós-AVC deve ser conduzida por uma equipe multiprofissional integrada, composta por neurologistas, fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas e neuropsicólogos. O manejo terapêutico visa não apenas a minimização das sequelas físicas, como afasia, rigidez muscular, paresia e distúrbios proprioceptivos, mas também a gestão de distúrbios emocionais, fundamentais para o bem-estar geral do paciente. O objetivo primordial da reabilitação é a reintegração do paciente às suas atividades sociais, ocupacionais e familiares, garantindo sua autonomia e qualidade de vida.

É relevante destacar que a adesão ao processo de reabilitação não depende apenas do paciente, mas também do suporte fornecido pela sua rede de cuidadores. Programas de educação e suporte emocional para cuidadores têm se mostrado de extrema importância na promoção da adesão ao tratamento e na melhoria da qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus cuidadores. A implementação de tais programas em unidades de atenção primária, por exemplo, pode proporcionar uma rede de acolhimento, orientação e apoio contínuo. O fortalecimento dessa díade paciente-cuidador é crucial, pois contribui não apenas para o sucesso da reabilitação, mas também para a redução do impacto psicossocial associado ao AVC, promovendo um ambiente mais propício à recuperação (Silva; Boery, 2021).

Em suma, a avaliação da funcionalidade pós-AVC é um processo multifacetado que envolve não apenas a quantificação da incapacidade funcional, mas também a análise dos fatores que influenciam a recuperação, como a intervenção precoce, a qualidade da reabilitação, e o suporte ao paciente e seus cuidadores.

3.3 Impactos após acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico

O impacto social do AVC é frequentemente subestimado, embora desempenhe um papel fundamental na determinação da qualidade de vida dos pacientes após o evento cerebrovascular. Este impacto transcende as limitações físicas e motoras, envolvendo profundas repercussões sociais que afetam não apenas o paciente, mas também seus familiares e a dinâmica de suas relações interpessoais (Monteiro *et al.*, 2022). As consequências sociais do AVC se estendem para as esferas emocional, psicológica e econômica, e seu entendimento é crucial para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes que considerem a totalidade do processo de reabilitação (Matos *et al.*, 2020).

Um dos maiores desafios sociais enfrentados pelos sobreviventes de AVC é a reorganização da dinâmica familiar. Após o evento, a vida do paciente e de seus familiares sofre transformações significativas. Os papéis tradicionais dentro do núcleo familiar são frequentemente alterados, com cônjuges, filhos e outros parentes assumindo a função de cuidadores. Este novo papel pode gerar uma sobrecarga significativa, tanto física quanto emocional, para os familiares, que frequentemente se veem sobrecarregados com as demandas de cuidados e as responsabilidades

adicionais. Essa sobrecarga pode resultar em estresse e em conflitos dentro da família, criando uma inter-relação complexa entre o paciente e seus cuidadores, onde a tensão emocional é um fator constante no processo de cuidado (Do Nascimento *et al.*, 2023).

Outro aspecto relevante é o isolamento social, que representa uma preocupação crescente para os sobreviventes de AVC. As dificuldades motoras, cognitivas e comunicativas frequentemente enfrentadas por esses pacientes dificultam sua participação ativa em atividades sociais e a manutenção de relações interpessoais. A mobilidade reduzida e a dependência de cuidadores para as atividades cotidianas contribuem para o afastamento das interações sociais, o que pode resultar em um ciclo vicioso de solidão e agravamento das condições de saúde mental. Diversos estudos indicam que o isolamento social pós-AVC está fortemente associado ao aumento do risco de transtornos psicológicos, como depressão e ansiedade, que por sua vez podem comprometer ainda mais a recuperação funcional e o bem-estar dos pacientes (Leite *et al.*, 2022).

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um recorte transversal retrospectivo, documental, realizado a partir de um estudo guarda-chuva, intitulado “*Curso temporal e geográfico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral em hospitais de Sergipe*”.

4.2 Local do estudo

A coleta de dados foi realizada no *Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE)*, referência para urgências e emergências clínicas, hospital público e de grande porte, localizado na capital de Sergipe e coordenado pela Secretaria de Saúde de Sergipe. O período de coleta abrangeu os meses de agosto de 2022 a janeiro de 2023.

4.3 Participantes e critérios de exclusão e inclusão

Para inclusão, os pacientes deveriam ser maiores de 18 anos, diagnosticados com AVC em território sergipano por meio da tomografia de crânio e avaliação médica. Os critérios de exclusão foram: Pacientes que faleceram antes da realização da entrevista, pacientes que foram atendidos inicialmente em unidades privadas de saúde, casos cujo diagnóstico de AVC foi alterado durante a internação, pacientes que não puderam ser contatados após cinco tentativas telefônicas, dentro de um prazo de 30 dias. Destaca-se que a equipe de pesquisa não interferiu na avaliação clínica dos pacientes durante o estudo.

4.4 Variáveis

As variáveis selecionadas para análise foram aquelas potencialmente associadas ao risco de incapacidade e limitações funcionais após o AVC e incluíram: idade, gênero, estado civil, escolaridade, localidade, estado neurológico (Escala de Coma de Glasgow), funcionalidade pós- AVC (Escala de Rankin) e Índice de Comorbidade de Charlson.

Idade: Medida em anos, essa variável foi analisada como contínua e expressa em mediana e intervalo interquartil.

Gênero: Classificado em categorias (masculino e feminino). A coleta e a categorização foram realizadas de maneira consistente para os dois grupos, permitindo uma análise comparativa quanto a possíveis diferenças de gênero na incapacidade pós-AVC.

Estado Civil: Classificado como casado/união estável ou viúvo/solteiro, a fim de investigar a influência do suporte social para a recuperação funcional. Os dados foram obtidos dos prontuários ou por relato do paciente/família no momento do atendimento.

Escolaridade: Classificada como “sem escolaridade” aqueles que nunca estudaram e “com escolaridade” indivíduos que possuem algum grau sendo desde o fundamental até o ensino superior, para ajudar na identificação de sinais de gravidade e de identificação para o AVC. Fora obtida nos prontuários médicos ou por informações fornecidas pelo paciente/família.

Localidade: O local de moradia foi obtido dos prontuários ou registros e classificado como “capital” ou “interior” com base no endereço de residência, a fim de estabelecer diferenças no acesso a cuidados de saúde.

4.4.1 Estado Neurológico

Avaliado pela Escala de Coma de Glasgow (ECG), categorizado em "leve", "moderado" e "grave", o que permite comparar a gravidade neurológica entre os grupos avaliados.

A escala de coma de Glasgow é a principal ferramenta utilizada nos atendimentos de emergência para quantificar e qualificar a resposta do nível de consciência, a partir da avaliação de três componentes básicos que são: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora (Silva e Cunha, 2020).

Por meio da compreensão de atividades espontâneas, aplicação de pressão dolorosa e estímulo verbal é estabelecida a pontuação que varia de 3 a 15, sendo o menor número pior nível de consciência e maior número melhor resposta (Souza e Santos, 2021). Para fins de análise, foi adotada a seguinte categorização:

Leve: pontuação de 13 a 15 na ECG, indicando que o paciente está consciente, com apenas alterações mínimas de percepção ou resposta.

Moderado: pontuação de 9 a 12 na ECG, sugerindo um nível de consciência comprometido, mas com a capacidade de responder a estímulos.

Grave: pontuação de 3 a 8 na ECG, indicando um nível de consciência grave, com respostas muito limitadas ou inexistentes.

4.4.2 Funcionalidade pós-AVC

Avaliada pela escala de Rankin, validada e utilizada no Brasil para fazer correlações clínicas do AVC.

É dividida em sete graus: o grau 0 indica ausência de sintomas; o grau 1, ausência de incapacidade significativa (o indivíduo realiza todas as atividades habituais, apesar de sintomas); o grau 2, incapacidade leve (algumas limitações, mas o indivíduo cuida de si mesmo sem ajuda); o grau 3, incapacidade moderada (precisa de alguma ajuda, mas consegue caminhar sem assistência); o grau 4, incapacidade moderada a grave (não consegue caminhar ou atender às necessidades básicas sem ajuda); o grau 5, incapacidade grave (acamado, incontinente, necessitando de cuidados contínuos); e o grau 6, óbito (Han *et al.*, 2020).

A funcionalidade foi avaliada com base na capacidade do paciente para realizar atividades diárias básicas e instrumentais, como alimentação, higiene pessoal e locomoção e nesse estudo transversal, essa avaliação foi feita 30 dias após o AVC, por meio de contato telefônico.

4.4.3 Carga comórbida

O Índice de comorbidade de Charlson avalia a gravidade das comorbidades, que pode afetar na ocorrência e no grau de incapacidade além de predizer o risco de mortalidade em até 10 anos. É estruturado a partir de 19 comorbidades preestabelecidas com pontuações baseadas na gravidade e impacto na mortalidade, o resultado é dado a partir da somatória dos pontos. Quanto maior a pontuação, maior é a carga de comorbidades e, conseqüentemente, o risco de complicações e morte (Bahlis; Diogo; Fuchs, 2021).

4.5 Desfecho

O desfecho primário deste estudo foi a funcionalidade trinta dias pós AVC.

4.6 Sistemática da coleta de dados

A coleta de dados foi estruturada por meio de um instrumento específico, elaborado para captar as variáveis de interesse. Como o estudo baseou-se em dados documentais de um estudo maior, foi solicitado acesso à pesquisadora principal, que forneceu uma amostra pré-selecionada contendo informações dos voluntários da pesquisa.

Os dados foram organizados em uma planilha do Google Drive, estruturada nas seções de identificação, linha do tempo, história clínica, antecedentes pessoais, fatores de risco e acompanhamento pós-AVC (30 dias). A reorganização dos dados foi feita em uma planilha no Excel e todas as informações foram verificadas por dupla checagem, realizada pelos pesquisadores envolvidos, para garantir a precisão e a consistência.

Após a verificação, o banco de dados foi encaminhado uma terceira revisora, pesquisadora colaboradora para uma revisão final e validação desses dados, a fim de assegurar reduzir o viés de coleta.

4.7 Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada com base em pressupostos e métodos adequados para garantir a validade das inferências. Primeiramente, para avaliar a normalidade das variáveis, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, que verifica se os dados seguem uma distribuição normal. Além disso, para testar a homocedasticidade, ou seja, a igualdade de variâncias entre os grupos, foi aplicado o teste de Levene (D'Agostino, 2017). As variáveis categóricas foram comparadas entre os grupos por meio do teste de Qui-quadrado ou do Teste Exato de Fisher, conforme apropriado para a distribuição dos dados. Para as variáveis contínuas, que não apresentaram normalidade, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para amostras independentes, sendo este um teste não paramétrico adequado para comparar duas amostras independentes com distribuições diferentes de normalidade (Agresti, 2018;

Klyushin; Golubeva, 2020). O nível de significância adotado para todas as análises foi de 5%, o que corresponde a um intervalo de confiança de 95% para as estimativas. As análises foram realizadas com o software JASP (versão 9.1.0), uma plataforma de análise estatística amplamente reconhecida pela sua confiabilidade e precisão (Han, 2020).

4.8 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Estácio de Sergipe-Estácio (FASE), CAAE: 57341822.9.0000.8079 e número de parecer: 2.830.187, emitido em 08 de junho de 2022 (ANEXO A).

Foram respeitadas as recomendações da resolução de nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018, Brasília/DF, com relação aos aspectos éticos de sigilo, privacidade e anonimato durante toda pesquisa.

Por se tratar de um estudo de natureza documental, não foram aplicados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pacientes, no entanto, houve a obrigatoriedade da anuência verbal e escrita do Termo de Compromisso e Confidencialidade do Pesquisador (TCCP) no processo de coleta, tabulação e análise dos dados, os quais serão mantidos, arquivados junto ao pesquisador responsável, por um tempo mínimo de 5 anos.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 91 registros de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral (AVC). Desses, 25 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em uma amostra final de 66 registros. A amostra foi então dividida em dois grupos: Grupo 1 ou G1 contendo 14 pacientes sem incapacidade e Grupo 2 ou G2 contendo 52 indivíduos com incapacidade funcional (Figura1).

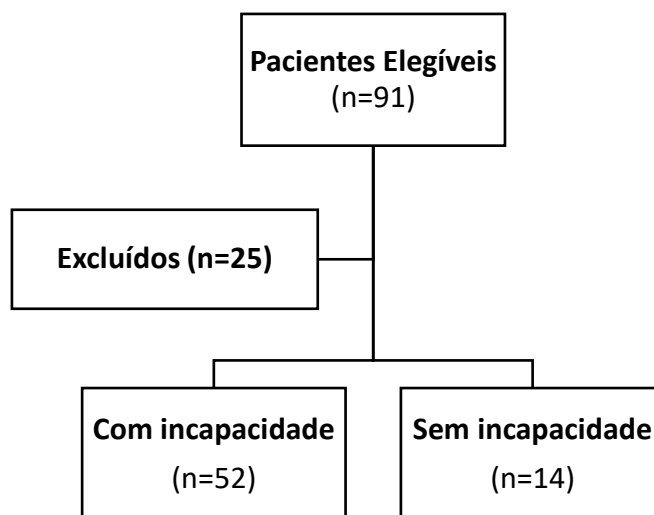


Figura 1. Composição da amostra.

A mediana de idade foi maior no G2 (65,7 anos; IIQ: 55,0-75,0) do que no G1 (57 anos; IIQ: 54,3-60,5, $p = 0,022$). O G1 apresentou predominância do sexo masculino (71,4%), vs. 38,5 % no G2 ($p = 0,057$). Em relação ao estado civil, a maioria do G1 era casada ou em união estável (92,9%), enquanto no G2 predominavam viúvos ou solteiros (57,7%) ($p = 0,003$). A proporção de indivíduos com escolaridade foi semelhante entre os grupos (G1: 71,4% vs. G2: 69,3%), e a distribuição por local de moradia também foi próxima, com mais pacientes do G1 residindo na capital (57,1%) e do G2 no interior (57,7%), sem diferenças estatisticamente significativas para essas variáveis.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos grupos com e sem incapacidade funcional.

Variáveis	Grupo 1 (n=14) (sem incapacidade)	Grupo 2 (n=52) (com incapacidade)	p-valor
-----------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------

Idade	57.0 (54.3-60.5)	65.7 (55.0 -75.0)	*0.022
Gênero			
Masculino	10 (71.4)	20 (38.5)	**0.057
Feminino	4 (28.6)	32 (61.5)	
Estado civil			
Casado/união estável	13 (92.9)	23 (44.2)	**0.003
Viúvo/solteiro	1 (7.1)	29 (55.8)	
Escolaridade			
Sem escolaridade	4 (28.6)	16 (30.8)	***1.000
Com escolaridade	10 (71.4)	36 (69.3)	
Local de moradia			
Capital	8 (57.1)	22 (42.3)	**0.492
Interior	6 (42.9)	30 (57.7)	

Idade- Mediana (Intervalo Interquartil)* Demais variáveis frequência absoluta (frequência relativa) *
Mann- Whitney Test *Qui-quadrado teste *Exato de fisher

O G2 apresentou maior carga comórbida, com mediana do Índice de Comorbidade de Charlson de 5,5 (IIQ: 4,0-7,0), significativamente superior ao G1, cuja mediana foi de 3,0 (IIQ: 2,25-3,75) ($p < 0,001$). O AVC isquêmico foi predominante em ambos os grupos (G1: 100% vs. G2: 84,6%), sem diferença estatística.

A necessidade de internação foi maior no G2 (11,5%) em comparação ao G1, onde nenhum paciente precisou ser hospitalizado ($p = 0,002$). O tratamento clínico foi a abordagem mais comum nos dois grupos (G1: 85,7% vs. G2: 90,4%). Quanto ao estado neurológico na admissão, o G1 apresentou pontuação "leve" na Escala de Coma de Glasgow, enquanto no G2 essa condição foi observada em 75% dos casos, com diferenças estatísticas significativas ($p = 0,015$).

Em relação à funcionalidade, 98% o G2 apresentou limitações pós-AVC, enquanto no G1 a proporção foi de 42,8% ($p < 0,001$), evidenciando maior impacto funcional no grupo com incapacidade.

Tabela 2. Características clínicas e funcionais de pacientes com e sem incapacidade após AVC

Variáveis	Grupo 1 (n=14) (sem incapacidade)	Grupo 2 (n=52) (com incapacidade)	p-valor
Charlson score com ajuste	3.0 (2.25-3.75)	5.5 (4.0-7.0)	<0.0001
Tipo de AVC			

Isquêmico	11 (78.6)	44 (84.6)	0.599*
Hemorrágico	3 (21.4)	8 (15.4)	*
Internação			
Sim	0	6 (11.5)	0.082****
Não	14 (100.0)	46 (88.5)	
Tipo de Tratamento			
Clínico	12 (85.7)	47 (90.4)	0.445**
Trombólise	2 (14.3)	3 (5.8)	
Neurocirurgia	0	2 (3.8)	
Escore Escala Coma de Glasgow			
Leve	14 (100.0)	39 (75.0)	0.030****
Moderado	0	11 (21.2)	
Grave	0	2 (3.8)	
Funcionalidade			
Com limitação	6 (42.8)	51 (98.0)	<.001*
Sem limitação	8 (57.2)	1 (2.0)	

*Teste exato de Fisher * Teste Qui-Quadrado de Independência * Teste de Mann-Whitney U

* Test Exato de fisher (Likelihood Ratio).

6 DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam diferenças significativas entre os pacientes com e sem incapacidade funcional após um AVC. Nesse sentido, mulheres com idade mais avançada, viúvas ou solteiras, apresentaram maior incapacidade funcional. Isso acontece, pois, as taxas de AVC têm uma elevação no período de meia-idade das mulheres, fator explicado pelo início da menopausa, elevação da pressão arterial e perda dos hormônios sexuais femininos (Oliveira *et al.*, 2021).

Observou-se que indivíduos sem incapacidade eram, em média, mais jovens, com predominância do sexo masculino e maior proporção de pacientes casados ou em união estável. Um estudo apontou que pessoas solteiras ou que moram sozinhas tiveram um acréscimo de 24,8 minutos, comparados aos casados, no tempo de decisão de procurar atendimento após o início dos sintomas de AVC (Muniz, 2023).

A identificação precoce do AVC, aliada ao apoio emocional e prático do cônjuge, desempenha um papel essencial na recuperação funcional do paciente. A presença de um parceiro comprometido não apenas favorece a adesão ao tratamento, mas também incentiva a participação ativa em atividades sociais e comunitárias, promovendo maior independência. Dessa forma, considerar o contexto familiar no processo de recuperação pode ser determinante para melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida dos sobreviventes de AVC (Pandian *et al.*, 2020; Magalhães *et al.*, 2022).

No aspecto clínico, os pacientes com incapacidade funcional possuíam uma maior carga comórbida, o que pode ter contribuído para piores desfechos. Jesus *et al.*, 2022 estabeleceram associação entre maior pontuação do Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) e gravidade de pacientes no serviço de emergência, sendo alto o risco de óbito para pacientes atendidos com queixas neurológicas, sendo essa o segundo principal motivo na busca por atendimento e de forma geral, maiores pontuações médias de ICC foram identificados em pacientes que necessitaram de internação, transferência ou evoluíram para óbito.

Correlacionando as comorbidades com a incidência e incapacidade pós AVC em idosos, a fibrilação atrial (FA), mais comum nessa faixa etária, aumenta significativamente o risco de AVC, além de estar associada a casos mais graves e maior incapacidade funcional (Pessanha, 2024). Fatores de risco, como hipertensão,

diabetes mellitus, cardiopatias, histórico de ataque isquêmico transitório, obesidade, consumo de álcool, tabagismo, hipercolesterolemia e predisposição genética afetam principalmente indivíduos acima dos 40 anos, ressaltando a necessidade de estratégias eficazes de prevenção e controle dos fatores modificáveis (Margarido, 2021).

Os resultados trouxeram que pacientes com maiores incapacidades residiam no interior do Estado de Sergipe. Nesse Estado, o tempo do início dos sinais e sintomas até a chegada do paciente ao local de atendimento qualificado, que dispõe de tomografia de crânio, para a maioria dos pacientes com AVC, independentemente de classificação etiológica, tem mediana de tempo maior que oito horas (Mendonça, 2023). Pode-se pensar que talvez desfechos, como incapacidades, estejam associados ao tempo de acesso ao serviço de saúde, fato que Bernhardt *et al.*, 2020 discutem no contexto do AVC, ao confirmar que existem barreiras como baixa disponibilidade e difícil acesso às unidades especializadas.

Outro fator que prediz pior prognóstico é a relação entre o escore da Escala de Coma de Glasgow (ECG) e a Escala de Rankin. Estudo aponta relações diretamente proporcionais, quanto maior a pontuação na ECG melhor o índice de incapacidade pós AVC, avaliada pela Escala de Rankin (Fabiana, 2021). Nesse sentido, os resultados obtidos estão alinhados à literatura, uma vez que os pacientes com piores índices de nível de consciência, estabelecido pela ECG, cursaram com maiores incapacidades.

Junek e colaboradores (2022) avaliaram a relação entre medidas de funcionalidade e os desfechos pós-alta, incluindo mortalidade em 180 dias e reinternação hospitalar. Nesse estudo, a funcionalidade dos pacientes foi mensurada por meio da escala "*Health Outcomes for Better Information in Care*" (HOBIC), que varia de 0 a 5, sendo 5 o maior nível funcional. Dessa forma, a análise multivariada ajustada apontou que idade e estado funcional foram os principais preditores para a transferência a instituições de longa permanência ou óbito.

Os desafios encontrados após o AVC estão relacionados às atividades de vida diária como dificuldade para andar, vestir-se, comer e até atender um telefonema (Lee *et al.*, 2021). Outra pesquisa identificou que 13% dos participantes mantiveram limitações após três meses, um valor próximo ao registrado doze meses após o AVC

(Wurzinger *et al.*, 2021). Nesse sentido, a redução na qualidade de vida, causada pelas sequelas físicas e cognitivas do AVC torna o paciente dependente do suporte de familiares e cuidadores (Martins *et al.*, 2021).

Limitações

Apesar dos achados relevantes, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. O tamanho da amostra é relativamente pequeno, especialmente no Grupo 1, o que pode limitar a generalização dos resultados para populações maiores. Além disso, trata-se de um estudo retrospectivo, baseado em dados documentais, o que pode restringir a precisão das informações coletadas e impedir o controle de variáveis não registradas.

Outra limitação importante é a ausência de dados sobre intervenções terapêuticas específicas e seu impacto na recuperação funcional dos pacientes ou reabilitação, o que poderia fornecer uma visão mais ampla sobre os fatores que influenciam a incapacidade pós-AVC. Além disso, o estudo não avaliou aspectos psicossociais, como apoio familiar, acesso a serviços de reabilitação e impacto socioeconômico da incapacidade, que são determinantes importantes na recuperação dos pacientes.

Por fim, a amostra da pesquisa foi realizada em um único Estado brasileiro, o que pode não refletir a realidade de outras regiões do país com diferentes contextos socioeconômicos e estruturais na assistência à saúde. Estudos futuros com amostras maiores e abordagem prospectiva poderão fornecer uma compreensão mais abrangente dos fatores associados à incapacidade pós-AVC tendo em vista a importância da temática e a escassez da abordagem temática no meio científico.

7 CONCLUSÃO

Na comparação dos grupos com ou sem incapacidade pós AVC, destaca-se que a incapacidade esteve associada à idade ($p=0,022$), gênero ($p=0,057$) e estado civil ($p=0,003$), carga comórbida ($p<0,001$), necessidade de internação ($p=0,002$), pontuação na Escala de Coma de Glasgow na admissão ($p=0,015$) e funcionalidade ($p<0,001$).

O AVC isquêmico predominou nos dois grupos, embora pacientes com incapacidade, na maioria residiam no interior sergipano e tiveram uma maior carga comórbida pelo Índice de Charlson, pacientes sem incapacidades não entraram nesse segmento 30 dias pós AVC.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AVC. **Como se recuperar após o AVC?** Disponível em: <https://avc.org.br/pacientes/como-se-recuperar-apos-o-avc/>. Acesso em: 2 jan. 2025.

BARRETO, Marina Carvalho Arruda; ANDRADE, Fernanda Guimarães; CASTANEDA, Luciana; CASTRO, Shamyry Sulyvan. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 207–213, 2021.

BAHLIS, Laura Fuchs; DIOGO, Luciano Passamani; FUCHS, Sandra Costa. Índice de Comorbidade de Charlson e outros preditores de mortalidade hospitalar em adultos com pneumonia adquirida na comunidade. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, p. e20200257, 2021.

BERNHARDT, J. et al. Stroke rehabilitation in low-income and middle-income countries: a call to action. **The Lancet**, v. 396, n. 10260, p. 1452–1462, 2020.

BITENCOURT, T. C.; SANTOS, F. M. K.; SOARES, A. V. Relação entre a Funcionalidade e a Capacidade Motora de Pacientes Pós-AVC na Fase Aguda. **Revista Neurociências**. v. 28, p.1-18, jul. 2020.

CARVALHO, Vergílio Pereira et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular cerebral. **Saúde e Desenvolvimento**, [s.l.], v. 13, n. 15, p. 50-61, 2019.

CHAVES, Guilherme Moraes et al. O profissional de educação física na reabilitação de pessoas acometidas por AVC: uma revisão de literatura. **Revista Tópicos**, v. 2, n. 15, p. 1-14, 2024.

CUNHA, Thaís Saraiva Leão. Impacto do Protocolo Unificado de Manejo do AVC em uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) do Sistema Único de Saúde na realização de trombólises. 2021.

DAS MERCÊS SILVA, Alana et al. Fatores clínicos e sociodemográficos associados a recuperação da marcha de indivíduos após acidente vascular cerebral trombolisado na fase aguda. **Acta fisiátrica**, v. 29, n. 2, p. 112-117, 2022.

DE PAULA, Rafael Monteiro et al. Acidente vascular cerebral: Explorando a fisiopatologia e distúrbios do sono. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 10, p. e42121043382-e42121043382, 2023.

DO NASCIMENTO, Sidrayton Pereira et al. Os acometimentos pós-acidente vascular cerebral-avc, em pacientes idosos e a importância do convívio familiar: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 8, p. 357-364, 2023.

DOS SANTOS, Mariana Fernandes Ramos; DA SILVA, Ronaldo Roberto. Crenças Disfuncionais após um AVC. **Revista Transformar**, v. 16, n. 1, p. 344-362, 2022.

DOS SANTOS, Ariane Ribas Toneti et al. Barreiras de acesso a reabilitação física pós acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e4911427224-e4911427224, 2022.

FABIANA, Bruna Carolina Rangel Fortes et al. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE ESPECIALIZADA EM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA.

FEREZIN, S. M. R. CASTRO, B. M.C.; FERREIRA, A. A. Epidemiologia do ataque isquêmico transitório no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 61125-61136, ago, 2020.

GALEÃO, Thalita Silva et al. Avaliação de protocolo de acidente vascular cerebral isquêmico em hospital filantrópico em Salvador-Bahia. **Gestão do Trabalho, Educação e Saúde: Desafios Agudos e Crônicos**, v. 2, p. 93-108, 2021.

GOMES, Daniela Filipa Amorim. **Avaliação do grau de incapacidade em doentes pós-AVC: correlação entre o Exame geronto psicomotor e outras escalas de avaliação de incapacidade funcional**. 2021. Tese de Doutorado.

HAN, D. S. et al. Effect of home-based reablement program on improving activities of daily living for patients with stroke. *Clinical Trial. Experimental Study- Medicine*. v. 99 n. 49, p. 1-6, dez. 2020.

HAN, Hyemin; DAWSON, Kelsie J. **JASP (software)**. 2020.

JUNEK, Mats L.; JONES, Aaron; HECKMAN, George; et al. The predictive utility of functional status at discharge: a population-level cohort analysis. **BMC Geriatrics**, v. 22, n. 1, 2022.

JESUS, Ana Paula Santos de et al. Associação do índice de Charlson com classificação de risco, aspectos clínicos e desfechos na emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20200162, 2022.

LEE, Pi-Hsia et al. Impactos do AVC e do comprometimento cognitivo nas atividades da vida diária no estudo longitudinal de Taiwan sobre envelhecimento. **Relatórios científicos**, v. 11, n. 1, p. 12199, 2021.

LEITE, Igor Guedes et al. Impact and quality of life on patients affected by cerebral vascular accident/Impacto e qualidade de vida no paciente acometido por Acidente Vascular Cerebral. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 14, 2022.

MAGALHÃES, Denise Lima et al. Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e50411326906-e50411326906, 2022.

MARGARIDO, A. GOMES, A. ARAUJO, G. Epidemiologia do Acidente Vascular Encefálico no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Científico**. vol. 39. MG, 2021.

Matos I, Fernandes A, Maso I, Oliveira-Filho J, de Jesus PA, et al (2020) Investigating predictors of community integration in individuals after stroke in a residential setting: A longitudinal study. **PLOS ONE** 15(5): e0233015.

MARTINS, Gabriela Soares; SILVA, Karina Martin Rodrigues; SANTOS, Rita de Cássia Caraméz Saraiva. Relação entre sintomas depressivos com a função motora e cognitiva em pacientes pós-AVC. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 18, n. 50, p. 123-134, 2021.

MENDONÇA, Marcirene Santos de. Itinerário terapêutico dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral: estudo de Coorte. 2023.

MUNIZ, Ludimila Santos et al. Fatores associados ao tempo de decisão para procurar atendimento em face ao acidente vascular cerebral isquêmico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20230075, 2023.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. SEER-Medicare: considerations for using comorbidity measures.

O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al.; INTERSTROKE investigators. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. **Lancet**. 2016;388(10046):761– 75

OLIVEIRA, Vitória Cardoso de et al. **Associação entre o estado nutricional e presença de comorbidades em idosos com acidente vascular cerebral internados em um hospital de referência do Nordeste brasileiro**. 2021.

OLIVEIRA, Neilzo Nunes et al. Fatores associados à incapacidade funcional de idosos com catarata: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 5, p. e220076, 2021.

PANDIAN, J. D. et al. Stroke systems of care in low-income and middle-income countries: challenges and opportunities. **The Lancet**, v. 396, n. 10260, p. 1443–1451, 2020

PEDRA, Elisângela de Fátima Pereira et al. Pacientes pós-AVC com e sem trombólise: análise da deglutição na fase aguda da doença. *Codas*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 50-60, 3 fev. 2020.

PESSANHA, Raul Cordeiro et al. FIBRILAÇÃO ATRIAL COMO FATOR DE RISCO PARA AVC: ABORDAGENS CLÍNICAS E TRATAMENTO. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 634-641, 2024.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**.

POWERS, W. J. et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke American Heart Association**. v. 50 n.12, p. 344-418, mar. 2019.

ROCHA, Letícia Januzi de Almeida et al. Acidente vascular cerebral no estado de Alagoas, Brasil: análise descritiva de um cenário do nordeste brasileiro. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 80, p. 550-556, 2022.

ROXA, Gabriela Nunes et al. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com AVC isquêmico submetidos a terapia trombolítica: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 7341-7351, 2021.

SALES, Rilary Silva et al. Fatores associados a incapacidade funcional após acidente vascular cerebral isquêmico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, p. eAPE00601, 2023.

SANTOS, Kamilla Rossieri; LUQUINI, Vanessa Cristina; FAGUNDES, Tatiane Renata. Epidemiologia dos óbitos relacionados a Acidente Vascular Cerebral ocorridos no Estado do Paraná: uma comparação entre os anos de 2008 e 2018.

Research, Society and Development, v. 9, n. 11, p. e389119527-e389119527, 2020.

SANCHES, T.; TOMAZ G.O.; CARVALHO M.P. Ebook AVC Fisioterapia Neurofuncional, 2020.

SILVA, João Victor Lemos et al. EFICÁCIA E SEGURANÇA DAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS NO TRATAMENTO DO AVE HEMORRÁGICO: TÉCNICAS, RESULTADOS E DESAFIOS CLÍNICOS. **ARACÊ**, v. 6, n. 4, p. 14145-14156, 2024.

SILVA, Monalisa Dornelas et al. A influência da rede de apoio familiar no processo de reabilitação do idoso com acidente vascular encefálico. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 6, p. 1007-1014, 2024.

SILVA, J.K. BOERY, R.N.S.O. DE ACCIDENTE, CUIDADORES FAMILIARES DE SOBREVIVENTES. Cuidadores familiares dos sobreviventes de acidente vascular cerebral: sobrecarga e fatores relacionados. **Ciencia y enfermería**, v. 27, p. 11, 2021.

SILVA, L. C. de A., & CUNHA, J. (2020). Importância da atualização da escala de coma de glasgow e a inclusão da avaliação pupilar em sua aplicabilidade ao protocolo de manchester. **Anais Do Congresso Regional De Emergências Médicas (CREMED-CO)**, (03).

Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. (2021). Acidente Vascular Cerebral.

SOUSA, L. M. de.; SANTOS, M. V. F. dos. Application of the Glasgow coma scale: a bibliometric analysis of publications in the field of Nursing. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e48101421643, 2021.

SOUZA, Flaviane. Mobilidade, equilíbrio funcional e a dependência de funcionalidade na alta hospitalar como preditores de participação social na

comunidade após acidente vascular cerebral. 2022. Tese (Doutorado em Estatística) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

SZYMANSKI, P. *et al.* “Trombólise Endovenosa em Acidente Vascular Cerebral isquêmico: uma revisão de literatura”. **Revista Neurociências**, vol. 29, agosto de 2021.

VIEIRA, Irlanda Pereira et al. Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes pós acidente vascular cerebral. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 17391-17403, 2020.

VIRANI, S. S. A. et al. Heart disease and stroke statistics – 2020 update: a report from the American Heart Association external icon. **Circulation**, v.141, N. 9, p. 139–596, mar. 2020.

WAFA, H. A. et al., Burden of Stroke in Europe - Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years. **Stroke**. v. 51, p. 2418–2427, ago.2020.

WANG, H-Y. et al. Thrombolysis, time-to-treatment and in hospital outcomes among young adults with ischaemic stroke in China: findings from a nationwide registry study in China. **BMJ Open**, v. 12, e055055, 2022.

WURZINGER, H.E. et al. Dependency in activities of daily living during the first year after 55 stroke. **Front Neurol.**, v. 8, n. 12, 2021.

ZANDAMELA, Ernesto. Actividade física e qualidade de vida de indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral em atendimento na fisioterapia do Hospital Central de Maputo. 2024. Tese de Doutorado. Universidade Eduardo Mondlane.

ANEXO A

FACULDADE ESTÁCIO DE
SERGIPE - ESTÁCIO FASE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CURSO TEMPORAL E GEOGRÁFICO DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM HOSPITAIS DE SERGIPE.

Pesquisador: MARCIRENE SANTOS DE MENDONÇA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57341822.9.0000.8079

Instituição Proponente: Faculdade Estácio de Sergipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.455.345

Apresentação do Projeto:

CURSO TEMPORAL E GEOGRÁFICO DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM HOSPITAIS DE SERGIPE

Objetivo da Pesquisa:

Comparar o curso temporal e geográfico no acesso de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral em hospitais do interior e capital do Estado de Sergipe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa oferece riscos mínimos aos envolvidos no estudo, quanto ao constrangimento nenhum dos pacientes terá sua identidade divulgada.

Os benefícios implicarão em avaliar os impactos à saúde, descrever o curso temporal e geográfico no acesso de pacientes com AVC do início dos sintomas, definição diagnóstica, afim de propor melhorias no fluxo de atendimento, tratamento e qualidade dos serviços de saúde a pacientes com tal patologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 I - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução adota as seguintes definições:

Endereço: Rua Teixeira, de Freitas, 10, Bl. A 3º andar

Bairro: SALGADO FILHO

CEP: 49.020-530

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3246-8129

E-mail: cep.estaciofase@estacio.br

FACULDADE ESTÁCIO DE SERGIPE - ESTÁCIO FASE



Continuação do Parecer: 5.455.345

II.1 - achados da pesquisa - fatos ou informações encontrados pelo pesquisador no decorrer da pesquisa e que sejam considerados de relevância para os participantes ou comunidades participantes;

II.2 - assentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades;

II.3 - assistência ao participante da pesquisa:

II.3.1 - assistência imediata - é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e

II.3.2 - assistência integral - é aquela prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa;

II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa;

II.5 - consentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar;

II.6 - dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa;

II.7 - indenização - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa;

II.8 - instituição proponente de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, à qual o pesquisador responsável está vinculado;

II.9 - instituição coparticipante de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve;

II.10 - participante da pesquisa - indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(is) legal(is), aceita ser pesquisado. A participação deve se dar de forma gratuita, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência;

II.11 - patrocinador - pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia a pesquisa, mediante ações de financiamento, infraestrutura, recursos humanos ou apoio institucional;

Endereço: Rua Teixeira, de Freitas, 10, Bl. A 3º andar

Bairro: SALGADO FILHO

CEP: 49.020-530

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3246-8129

E-mail: cep.estaciofase@estacio.br

FACULDADE ESTÁCIO DE SERGIPE - ESTÁCIO FASE



Continuação do Parecer: 5.455.345

- II.12 - pesquisa - processo formal e sistemático que visa à produção, ao avanço do conhecimento e/ou à obtenção de respostas para problemas mediante emprego de método científico;
- II.13 - pesquisa em reprodução humana - pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nesses estudos serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos dela;
- II.14 - pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos;
- II.15 - pesquisador - membro da equipe de pesquisa, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;
- II.16 - pesquisador responsável - pessoa responsável pela coordenação da pesquisa e corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;
- II.17 - protocolo de pesquisa - conjunto de documentos contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais e as informações relativas ao participante da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis;
- II.18 - provimento material prévio - compensação material, exclusivamente para despesas de transporte e alimentação do participante e seus acompanhantes, quando necessário, anterior à participação deste na pesquisa;
- II.19 - relatório final - é aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados;
- II.20 - relatório parcial - é aquele apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento;
- II.21 - ressarcimento - compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;
- II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente;
- II.23 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar;
- II.24 - Termo de Assentimento - documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem

Endereço: Rua Teixeira, de Freitas, 10, Bl. A 3º andar

Bairro: SALGADO FILHO

CEP: 49.020-530

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3246-8129

E-mail: cep.estaciofase@estacio.br

FACULDADE ESTÁCIO DE SERGIPE - ESTÁCIO FASE



Continuação do Parecer: 5.455.345

devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais; e

II.25 - vulnerabilidade - estado de pessoas ou grupos que, por

quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com a RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 I - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES, os termos foram enviados de maneira que atendem as exigências mínimas para tramitação neste comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com a RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 I - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES, os termos foram enviados de maneira que atendem as exigências mínimas para tramitação neste comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 I - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES, os termos foram enviados de maneira que atendem as exigências mínimas para tramitação neste comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	25/04/2022 12:56:33		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	3.pdf	25/04/2022 12:56:17	MARCIRENE SANTOS DE MENDONCA	Aceito
Outros	6.pdf	25/04/2022 12:54:23	MARCIRENE SANTOS DE MENDONCA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3.pdf	25/04/2022 12:52:40	MARCIRENE SANTOS DE MENDONCA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1918759.pdf	26/03/2022 08:29:11		Aceito
Outros	5.pdf	26/03/2022 08:27:35	MARCIRENE SANTOS DE	Aceito

Endereço: Rua Teixeira, de Freitas, 10, Bl. A 3º andar

Bairro: SALGADO FILHO

CEP: 49.020-530

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3246-8129

E-mail: cep.estaciofase@estacio.br

FACULDADE ESTÁCIO DE
SERGIPE - ESTÁCIO FASE



Continuação do Parecer: 5.455.345

Outros	5.pdf	26/03/2022 08:27:35	MENDONCA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4.pdf	26/03/2022 08:24:53	MARCIRENE SANTOS DE MENDONCA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3.pdf	26/03/2022 08:23:33	MARCIRENE SANTOS DE MENDONCA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2.pdf	26/03/2022 08:22:42	MARCIRENE SANTOS DE MENDONCA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	1.pdf	26/03/2022 08:21:33	MARCIRENE SANTOS DE MENDONCA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	26/03/2022 08:20:29	MARCIRENE SANTOS DE MENDONCA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 08 de Junho de 2022

Assinado por:

ALESSA CAROLINE PEDROZA DE VASCONCELOS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teixeira, de Freitas, 10, Bl. A 3º andar

Bairro: SALGADO FILHO

CEP: 49.020-530

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3246-8129

E-mail: cep.estaciofase@estacio.br