



Perfil clínico e sociodemográfico de usuários com diagnóstico de acidente vascular encefálico atendidos em um laboratório de ensino prático em fisioterapia

Clinical and sociodemographic profile of users with a stroke diagnosis who attend a laboratory of practical education in physiotherapy

Márjori Stiegemeier Dornelles¹, Lilian Oliveira de Oliveira²

1 - Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é caracterizado pela diminuição ou completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral. **Objetivo:** caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos usuários com diagnóstico de AVE atendidos em um Laboratório de Ensino Prático (LEP) em Fisioterapia. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de natureza documental, com coleta de dados em 22 prontuários nos quais analisaram-se as seguintes variáveis acerca do perfil clínico e sociodemográfico. **Resultados:** a média de idade foi de 57,2 anos, sendo que 13 (59,1%) são do sexo masculino e a maioria dos pacientes aposentados. Quanto ao tipo de AVE, 95,5% dos casos são isquêmicos e não foram verificadas grandes diferenças quanto ao lado acometido. As principais queixas relatadas foram: fraqueza muscular, dificuldade na marcha, falta de coordenação motora e dificuldade nas atividades de vida diária. Em relação ao tempo médio decorrido da data do último AVE até o dia da avaliação que consta no prontuário, encontrou-se 45,2 meses (DP=49,6), com tempo mínimo de 0,4 meses (12 dias) e tempo máximo de 156 meses (13 anos). Os pacientes foram atendidos em média 74,5 vezes no LEP, sendo que em 40,1% dos casos os tratamentos estão em andamento. **Conclusão:** um dado relevante a ser considerado nesta pesquisa, é a ausência de informações em alguns prontuários. Para tanto, os resultados encontrados são de grande valia, sinalizando para a importância de capacitações acerca do preenchimento correto dos prontuários. E assim, conhecimentos acerca dos dados obtidos possibilitam subsídios para o aprimoramento dos processos acerca da assistência aos usuários com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Encefálico.

licafisiot@hotmail.com

Palavras-chave:
*Acidente Vascular
Encefálico; Fisioterapia;
Perfil de Saúde*

ABSTRACT

Introduction: a stroke is characterized by the decrease or complete interruption of blood supply to the brain. **Objective:** the aim of the present study was to characterize the clinical and sociodemographic profile of users with a stroke diagnosis who attended a Laboratory of Practical Education (LEP) in Physiotherapy. **Method:** this was a quantitative, descriptive and documental study. Data were collected from 22 medical records and the following variables regarding clinical and sociodemographic profile were analyzed. **Results:** mean age was 57.2 years; 13 (59.1%) patients were male and most patients were retired. Regarding type of stroke, 95.5% were ischemic and there were no major differences in the affected side. The main reported complaints were muscle weakness, gait difficulty, lack of motor coordination, and difficulty in activities of daily living. The mean time elapsed from the date of the last stroke to the day of the evaluation was 45.2 months (SD = 49.6), with a minimum time of 0.4 months (12 days) and maximum time of 156 months (13 years). The patients were had attended the LEP an average of 74.5 times, and in 40.1% of the cases the treatments were still in progress. **Conclusion:** a relevant finding to be considered was the lack of information in some medical records. Therefore, the results point to the importance of training professionals about the correct filling of medical records. Thus, knowledge about the data obtained allows for the improvement of the processes regarding health care provided to patients diagnosed with a stroke.

Keywords:
*Strokes; Physical Therapy
Specialty; Health Profile.*



INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) foi responsável por 5,7 milhões de mortes em todo o mundo, onde mais de 85% dessas mortes ocorrem em pessoas que vivem em países de baixa e média renda e um terço ocorre em pessoas com menos de 70 anos de idade.¹ Segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDC), aproximadamente 70% das pessoas não retorna ao trabalho após um AVE, visto que 50% ficam dependentes de outras pessoas. Apesar de atingir com mais frequência indivíduos acima de 60 anos, o AVE pode ocorrer em qualquer idade, inclusive nas crianças. Essa patologia vem crescendo cada vez mais entre os jovens, ocorrendo em 10% de pacientes com menos de 55 anos. A Organização Mundial de AVE (*World Stroke Organization*) prevê que uma a cada seis pessoas no mundo terá um AVE ao longo de sua vida.²

O AVE é caracterizado pela diminuição ou completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral. Sua causa pode ser trombótica (tipo isquêmico) ou o rompimento de um vaso do encéfalo acarretando extravasamento de sangue no parênquima cerebral (tipo hemorrágico). Ambos os tipos ocasionam disfunção cerebral, porém os mecanismos de lesão são diferenciados.³

Logo, a localização e extensão da lesão provocada pelo AVE apresentam relação direta com as manifestações clínicas e o prognóstico. Trata-se de uma doença que está associada a elevados índices de morbidade e incapacidade funcional. As principais manifestações clínicas incluem comprometimento sensorio-motor, distúrbios cognitivos e da linguagem, transtornos posturais e da marcha, depressão e labilidade emocional.⁴

Assim, a reabilitação das deficiências sensorio-motoras dos indivíduos vítimas de AVE é essencial para impedir complicações relacionadas à doença e suas sequelas e promover a recuperação da capacidade funcional e da qualidade de vida. Neste contexto, a fisioterapia após o AVE conjuntamente com a família deve promover ações de reintegração, enfatizando a recuperação das limitações físicas, neurológicas e sociais do paciente para proporcionar ao mesmo o máximo de bem-estar e funcionalidade possível de acordo com suas limitações.⁵

No entanto, a morbimortalidade pela doença vem crescendo pelo déficit no monitoramento dos fatores de risco.⁶ Para tanto, a importância na

prevenção que são associados à ocorrência do AVE e podem ser classificados como modificáveis e não-modificáveis. Os modificáveis são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tabagismo, Fibrilação Arterial, Doenças Cardiovasculares, Doença Hiperlipidêmica, sedentarismo, estenose carotídea assintomática e ataque isquêmico transitório. Já os fatores não modificáveis são: a idade, o sexo, a raça, a hereditariedade e a etnia. O etilismo, anticorpo antifosfolípideo, homocisteína elevada, processo inflamatório e infecções também são considerados fatores de risco.⁷

Portanto, para a atuação do fisioterapeuta é relevante estudos científicos que visam caracterizar pacientes com diagnóstico clínico de AVE, através da coleta de dados registrados em prontuários, que caracteriza-se por uma forma estratégica para a decisão clínica e até mesmo, gerencial. Esta, baseada em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde e a assistência prestada ao paciente, de caráter legal, sigiloso e científico, possibilitando assim, a comunicação entre a equipe e a continuidade da assistência prestada.

Diante disso, o objetivo desse estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários com diagnóstico de AVE atendidos no Laboratório de Ensino Prático em Fisioterapia da Universidade Franciscana.

MÉTODO

Este estudo caracterizou-se por ser quantitativo, descritivo e de natureza documental, que segundo refere Severino (2007), a pesquisa documental tem como fonte documentos no sentido amplo, como prontuários, por exemplo. Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise.⁸

A coleta dos dados ocorreu durante o período de fevereiro a maio de 2017, no Laboratório de Ensino Prático (LEP) em Fisioterapia da Universidade Franciscana da cidade de Santa Maria/RS.

Os dados foram obtidos por meio de levantamento da totalidade de prontuários de indivíduos com diagnóstico clínico de AVE. O universo compreendeu 22 prontuários, os quais apresentavam critérios de inclusão de descrição de diagnóstico de AVE, ambos os sexo, maiores de

18 anos e que foram atendidos no LEP no período compreendido entre 2009 e 2017. Os prontuários de pacientes que apenas compareceram para avaliação, foram excluídos do estudo.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram idade, gênero, profissão e cidade em que reside. Em relação ao perfil clínico verificou-se qual o hemicorpo acometido, diagnóstico clínico, queixa principal e utilização de dispositivo auxiliar de marcha, o tempo de ocorrência do AVE, se teve um ou mais episódios, quando iniciou, número e se ainda encontrava-se em atendimento no LEP.

A fim de traçar o perfil dos pacientes foi realizada uma análise descritiva das respostas obtidas através da verificação das fichas de avaliação. Inicialmente verificou-se a normalidade das variáveis em estudo, e para isto utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Na comparação entre a idade com o tempo de ocorrência do AVE foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman e entre sexo com o lado acometido foi realizado o teste exato de Fisher. As diferenças foram consideradas significativas para valores de $p < 0,05$. O software IBM SPSS Versão 23 foi utilizado como ferramenta computacional para a análise estatística dos dados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Franciscana de acordo com a resolução 466/2012, seguindo todos os preceitos éticos exigidos e tendo como parecer o número 1.952.647.

RESULTADOS

Foram analisados 22 prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de AVE, residentes na cidade de Santa Maria, com idades entre 42 e 72 anos ($57,2 \pm 8,5$). As características sociodemográficas dos pacientes estão apresentadas na Tabela 1.

Em relação ao tempo médio decorrido da data do último AVE até o dia da avaliação que consta no prontuário, encontrou-se 45,2 meses (DP=49,6), com tempo mínimo de 0,4 meses (12 dias) e tempo máximo de 156 meses (13 anos).

O início dos atendimentos se deu entre os anos de 2009 e 2016. Até a data de análise dos 22 prontuários verificou-se um total de 1640 atendimentos, ou seja, os pacientes foram atendidos em média 74,5 vezes no LEP.

Na análise entre o sexo com o hemicorpo acometido os resultados mostraram que não existe uma associação entre estas duas variáveis, ou seja, elas são independentes ($p = 0,3770$). Notamos que dos pacientes que tiveram alterações no hemicorpo direito 34% são do sexo feminino e 66% do sexo masculino, enquanto no hemicorpo esquerdo os resultados são de 50% para ambos os sexos.

Na análise entre a idade dos pacientes e o tempo de ocorrência do AVE os dados nos mostraram uma correlação fraca para moderada entre as duas variáveis ($r_s = 0,415$ e $p = 0,124$). Quanto à etiologia do AVE, demonstrou maior prevalência de AVE isquêmico

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da Amostra.

CARACTERÍSTICA		N	%
Gênero			
	Masculino	13	59,1
	Feminino	9	40,9
Faixa Etária*			
	40 – 50	4	19
	50 – 60	8	38,1
	60 – 70	8	38,1
	70 – 80	1	4,8
Profissão*			
	Aposentado	11	57,9
	Dona de Casa	3	15,7
	Comerciante	2	10,5
	Auxiliar de Enfermagem	1	5,3
	Administrador	1	5,3
	Servente	1	5,3

Teste: Shapiro-Wilk.

* Dados faltantes no prontuário.

em relação ao hemorrágico. As características clínicas dos pacientes estão apresentadas na Tabela 2.

A Figura 1 mostra que a queixa principal relatada nos prontuários foram: fraqueza muscular nos membros superiores/inferiores, dificuldade na

marcha, falta de coordenação motora e a dificuldade nas atividades da vida diária (AVD). Outros relatos foram: perda da sensibilidade, perda da memória, falta de equilíbrio, fadiga e dor no ombro. Em quatro prontuários, as queixas não foram relatadas.

Tabela 2 – Características Clínicas da Amostra.

CARACTERÍSTICA	%
Diagnóstico Clínico	
AVE Isquêmico	95,5
AVE Hemorrágico	4,5
Hemicorpo Acometido	
Direito	42,9
Esquerdo	57,1
Uso de Dispositivo de Marcha	45
Tempo de Ocorrência do AVE	
Menos de 1 ano	18,2
Entre 1 e 5 anos	31,8
Entre 5 e 10 anos	13,6
Mais de 10 anos	4,6
*	31,8
Número de Episódios de AVE	
1	90,4
2 ou mais	9,6
Tratamentos em Andamento	40,1

Teste: Shapiro-Wilk

* Dados faltantes no prontuário

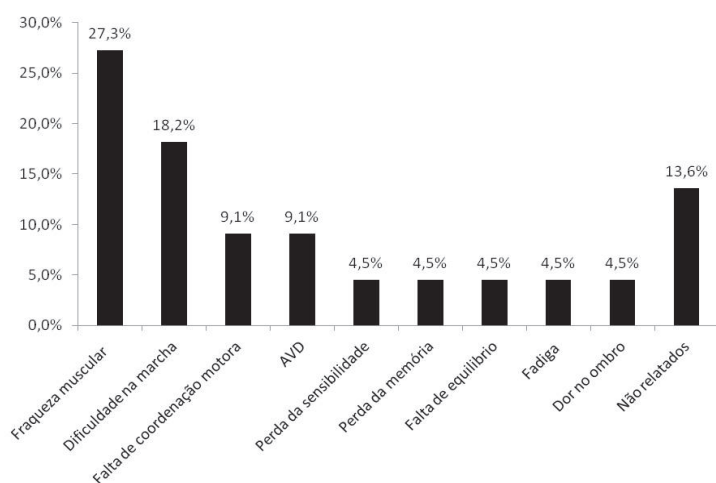


Figura 1 – Principais queixas relatadas pelos pacientes acometidos por AVE atendidos no Laboratório de Ensino Prático (LEP) da Universidade Franciscana- Santa Maria/RS.

DISCUSSÃO

No presente estudo foram analisados 22 prontuários, no qual na análise do item cidade em que reside, no presente estudo 100% dos indivíduos residem em Santa Maria, onde está localizado o local da coleta de dados. Em concordância, Mazzola et al.,⁹ observaram predomínio dos indivíduos que residiam na mesma cidade onde a Clínica de Fisioterapia Neurológica de sua pesquisa estava instalada. Este fato provavelmente está relacionado a facilidade de acesso as mesmas.

Em relação à idade da amostra, os pacientes tinham média de idade de 57,2 anos, indo de encontro aos dados apresentados por Campos et al.,⁴ que em sua pesquisa verificou uma média de 58 anos, assim como o estudo de Rangel, Belasco e Diccini,¹⁰ que constatou uma média de 59,4 anos de idade. O AVE apresenta maior incidência na população idosa, segundo a maioria das pesquisas,^{5,9,11-13} o que difere do presente estudo, esse fato possivelmente demonstra o reflexo dos maus hábitos de vida da sociedade atual, levando a uma precocidade do primeiro episódio de AVE.

De acordo com os dados obtidos nesse trabalho, verificou-se uma predominância do sexo masculino, isso porque há maior incidência e risco de AVE em homens¹⁴. Informações essas também encontrados em outros estudos.^{12,15,16,17,18,19} Quando relacionamos a idade ao sexo, nesse estudo não houve diferença significativa. Já para Carvalho et al.,⁶ o grupo que correspondeu aos homens apresentou uma média de idade de 63 anos, enquanto as mulheres de 71,5 anos.

Quanto à ocupação dos indivíduos, o levantamento de Lucena et al.¹³ observaram que 39,58% da amostra era de aposentados, 16,67% realizavam trabalhos domésticos, 29,27% outras profissões, assim como 14,58% não relataram sua profissão. Esses dados se assemelham aos encontrados no presente estudo, no qual a maioria dos participantes eram aposentados, alguns relataram realizarem trabalhos domésticos e outras profissões também foram citadas. Alguns pacientes pós-AVE ficam restritos em suas profissões devido ao fato de apresentarem disfunções motoras, cognitivas ou psicológicas, sendo um fator limitante em suas atividades, assim, o paciente passa da condição de trabalhador para a de aposentado.¹³

O perfil dos pacientes deste estudo, quanto à etiologia do AVE, demonstrou maior prevalência

de AVE isquêmico em relação ao hemorrágico, esses achados corroboram com Lucena et al.¹³ e Mendes et al.,²⁰ que encontraram maior incidência de AVE isquêmico. Segundo Antunes et al.,¹⁸ 60% de sua amostra apresenta o hemicorpo direito acometido, dados esses também achados por Silva et al.,²¹ para tanto isso não parece ser relevante como fator prognóstico, visto que a literatura mostra variações nessa frequência.¹⁸ Salienta-se que não foram verificadas grandes diferenças de prevalência quanto ao lado acometido nessa pesquisa.

Após sofrer um AVE, mais da metade dos indivíduos pode ter de 6 a 10 tipos de incapacidades, sendo a fraqueza muscular a mais predominante, existente em 77,4% dos pacientes.²² Na presente análise, a principal queixa relatada nos prontuários foi a fraqueza muscular nos membros superiores e/ou inferiores, assim, comprovando as informações fornecidas por Paixão, Silva e Camerini.²² Nesse mesmo contexto, outras queixas foram referidas, como a dificuldade na marcha, a falta de coordenação motora e a dificuldade nas atividades da vida diária. Conforme Costa et al.,²³ o controle motor encontra-se particularmente afetado após um AVE, sendo que hemiplegia e hemiparesia são os déficits motores mais pronunciados levando a modificações no tônus muscular e, conseqüentemente, em dificuldade para caminhar, além disso, a coordenação motora também pode se encontrar prejudicada, ressaltando que essas sequelas interferem diretamente nas AVD.

Quanto à locomoção, no presente estudo 45% dos pacientes utilizavam algum tipo de dispositivo auxiliar de marcha, o que não corrobora com a pesquisa Gomez et al.²⁴, que apresentavam deambulação independente de dispositivos em sua maioria.²⁴

Levando-se em conta o tempo médio decorrido da data do último AVE até o dia da avaliação, o presente estudo encontrou um valor de 45,2 meses. Já Chaves et al.,³ valor igual a 71,9 meses. Esse dado é de extrema relevância, o que caracteriza que os pacientes permaneceram muito tempo sem atendimento e, portanto, sequelas podem estar mais evidentes e assim estes poderão permanecer por mais tempo em atendimento no local. Segundo Silva et al.,²¹ quanto mais precocemente o tratamento tiver início maiores as chances de recuperação.

Na presente pesquisa, houve prevalência de 1 episódio de AVE, sendo coerente com Grochovski, Campos e Lima¹¹. Ressalta-se a importância da

detecção e do controle dos fatores de risco que acarretam o AVE, pois permitem redução significativa da incidência e recidiva. A sua etiologia é outro ponto que deve ser avaliado, pois possibilita tratamento e/ou correção adequados, reduzindo o risco da ocorrência de um segundo episódio. Entretanto, grande parte da população não tem esta condição devidamente diagnosticada, devido ao fato de que alguns fatores de risco ainda são desconhecidos e em muitos doentes o AVE não possui etiologia conhecida.¹⁶

Os pacientes, segundo a presente pesquisa, foram atendidos em média 74,5 vezes, sendo que em 40,1% dos casos os tratamentos ainda estão em andamento. Destaca-se que o sucesso da reabilitação não depende apenas de várias sessões de terapia, mas também do que o paciente realiza durante as horas restantes do dia e da noite. Entretanto, números expressivos de atendimentos também podem ter relação diante da cronicidade, visto o longo espaço de tempo entre a lesão e o início da terapia.²¹

Desta forma, o profissional fisioterapeuta faz-se importante na reabilitação dos pacientes pós-AVE, tendo em vista que é o responsável não somente pela realização do diagnóstico do tratamento fisioterapêutico mais adequado a cada caso, como também pela orientação ao paciente e seu cuidador, num contexto de atendimento humanizado que envolve o paciente e a família. A fisioterapia tem papel fundamental tanto na fase aguda, quanto na crônica, considerando que embora seja possível alcançar resultados positivos logo nas primeiras sessões, quando as sequelas apresentadas pelo paciente são crônicas os resultados dependem de um tratamento a longo prazo.¹

CONCLUSÃO

Neste estudo, percebeu-se que o AVE vem acometendo não somente pessoas idosas, mas também, com grande predominância em adultos. Também, em sua maioria composta de pacientes crônicos, fato que acarreta uma permanência maior no local de reabilitação, além de que, o tardamento para procurar um atendimento fisioterapêutico acaba dificultando os ganhos funcionais.

Diversos são os recursos possíveis de serem utilizados pela fisioterapia na recuperação do paciente com diagnóstico de AVE e que cabe a cada profissional estabelecer um programa de tratamento adequado a cada caso, sempre respeitando as limitações do

indivíduo e estabelecendo metas possíveis de serem alcançadas, onde o fisioterapeuta deve explorar as diferentes formas de intervenção e adequá-las ao seu paciente.

Porém, o estudo teve suas limitações, uma vez que foi baseado somente na coleta de dados em prontuários. Um dado relevante a ser considerado é a ausência de informações em alguns prontuários, constatada nesse levantamento devido a falta e/ou maneira incorreta de preenchimento das fichas de avaliação. A pouca experiência dos que realizam as avaliações pode ser um fator determinante para a escassez desses dados, visto que os avaliadores são estudantes em fase de formação, o que pode ter interferido nos resultados desse estudo.

Para tanto, os resultados encontrados são de grande valia, sinalizando para a importância de capacitações acerca do preenchimento correto dos prontuários. E assim, conhecimentos acerca dos dados obtidos possibilitam subsídios para o aprimoramento dos processos acerca da assistência aos usuários com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Encefálico.

REFERÊNCIAS

1. Arrais Júnior SL, Lima AM, Silva TG. Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico. *Revista Interdisciplinar* 2016;9(3)179-84.
2. SBDC- Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, Acidente vascular cerebral. Disponível em: <http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp>. Acesso em: agosto 2017.
3. Chaves, DBR, Costa AGS, Oliveira ARS, Silva VM, Araujo TL, Lopes MVO. Comunicação verbal prejudicada: investigação no período pós-acidente vascular encefálico. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2013;14(5)877-85.
4. Campos TF, Dantas AATSG, Melo LP, Oliveira DC. Grau neurológico e funcionalidade de pacientes crônicos com acidente vascular cerebral: Implicações para a prática clínica. *Arq Ciênc Saúde* 2014;21(1)28-33.
5. Carvalho, JC, Gusmão CA, Matos MA, Matias AC, Santos NA. Avaliação dos desfechos de funcionalidade e mobilidade pós-acidente vascular encefálico. *Rev Fac Ciênc Méd* 2013;15(4)100-04.
6. Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. *Rev Neurociências* 2004;12(3):117-22. Disponível em: <<https://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2003/Pages%20from%20RN%2012%2003.pdf>>.
7. Costa VSP, Guimarães PSR, Fernandes KBP, Probst VS, Marquez AS, Fujisawa DS. Prevalence of risk factors for the occurrence of strokes in the elderly. *Fisioter Mov* 2014;27(4):555- 63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.004.AO07>
8. Severino, A. J. Metodologia do trabalho científico. 23 ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.
9. Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Rev Bras Promoç Saúde* 2007;20(1)22-7.

10. Rangel ESS, Belasco, AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Revista Acta Paulista de Enfermagem* 2013;26(2):205-12.
11. Grochowski CS, Campos R, Lima MCAM. Ações de Controle dos Agravos à Saúde em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2015;19(4):269-76. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBS S.2015.19.04.03>
12. Damata SRR, Formiga LMF, Araújo AKS, Oliveira EAR, Oliveira AKS, Formiga RCF. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Revista Interdisciplinar* 2016;9(1):107-17.
13. Lucena VB, Assis SC, Daltro MCSL, Medeiros LJADM, Carvalho AG. Avaliação da funcionalidade em paciente com sequelas de acidente vascular cerebral. *Revista Latino-americana de Educação, Cultura e Saúde* 2017;1(1):63-74.
14. Nadruz W Jr. Diagnóstico e tratamento dos fatores de risco. *Rev Com Ciência*. 2009;109(1):1-3.
15. Carvalho MIF, Delfino JAS, Pereira WMG, Matias ACX, Santos EFS. Acidente vascular cerebral: dados clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão nordestino brasileiro. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia* 2014;2(6).
16. Tonieto M, Rama P, Schuster RC, Renosto A. Efeitos de uma intervenção de fisioterapia aquática em pacientes pós-acidente vascular cerebral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2015;13(45):5-12. doi: <http://dx.doi.org/10.13037/rbcs.vol13n45.2838>
17. Santana et al. Linguagem e funcionalidade de adultos pós Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) 2017;29(1):e20150284 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20172015284>
18. Antunes JE, Justo FHO, Justo AFO, Ramos GC, Prudente COM. Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Revista Fisioterapia & Saúde Funcional* 2016;5(1):30-41.
19. Reis LA, Mascarenhas CHM, Filho LENM, Borges PS, Argolo SM, Torres GV. Prevalência e padrão de distribuição do acidente vascular encefálico em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico no município de Jequié, BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2008;11(3):369-78.
20. Mendes LM, Gadelha IDS, Brito GEG, Moraes RM, Ribeiro KSQS. Acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral aos serviços de fisioterapia. *Revista de enfermagem UFPE on line* 2016;10(2):387-94. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201602>
21. Silva JM, Hasse HK, Yussef SM, Kaminski EL. Efeitos da dupla tarefa com demanda motora e demanda cognitiva na marcha de sujeitos hemiparéticos pós AVC. *Revista Neurociências* 2015;23(1):48-54. doi: <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2015.23.01.936.7>
22. Paixão CT, Silva LD, Camerini FG. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2010;11(1):181-90.
23. Costa VS, Melo LP, Bezerra VT, Souza FHM. Efeitos da aplicação do método bobath e do treino em esteira com suporte parcial de peso na reabilitação da marcha pós-AVC: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2014;18(2):161-66. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.02.11>
24. Gomez PVL, Baldak RS, Castro AAM, Lara S, Graup S. Perfil de pacientes com acidente vascular cerebral atendidos por um programa de extensão universitária na atenção básica. *Fisioterapia Brasil* 2018;19(4):464-71

Recebido em: 08/01/2019

Aceito em: 15/03/2019

Como citar: DORNELLES, Márjori Stiegemeier; OLIVEIRA, Lilian Oliveira de. Perfil clínico e sociodemográfico de usuários com diagnóstico de acidente vascular encefálico atendidos em um laboratório de ensino prático em fisioterapia. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13119>>. Acesso em: 02 jan 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13119>