

Ações de Controle dos Agravos à Saúde em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral

Actions to Control of Damage to Health in Individuals with Stroke

CAROL SABRINE GROCHOVSKI¹

RENATA CAMPOS²

MALU CRISTINA DE ARAUJO MONTORO LIMA³

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional no Brasil está gerando um crescimento do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e como consequência o surgimento de doenças como o acidente vascular cerebral. Esta patologia traz sequelas físicas com várias complicações em todos os âmbitos da vida deste indivíduo, gerando maiores custos para o governo com ações, procedimentos e serviços de saúde. **Objetivo:** Identificar o fluxo de ações de controle aos agravos à saúde em indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral. **Material e Métodos:** A coleta de dados aconteceu nas Estratégias de Saúde da Família, Clínica Municipal de Reabilitação, Secretária de Saúde, Programa de Agentes Comunitárias de Saúde Secretaria de Assistência Social. Entrevistas semiestruturadas, questionários e prontuário dos indivíduos foram utilizados para coleta de informações. **Resultados:** A pesquisa revelou 56 indivíduos com sequelas de AVC, prevalência do gênero masculino com idade média de 67,2 (DP= 13,9), 40 indivíduos com ocorrência de 1 AVC, prevalência de hipertensão arterial e diabetes como fatores de risco. Não há o desenvolvimento de um fluxo de ações para o controle aos agravos do AVC. **Conclusão:** A pesquisa revelou que não existe um fluxo de ações específicas para este grupo de indivíduos, sendo limitada à assistência das sequelas instaladas e os fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis.

DESCRIPTORIOS

Acidente Vascular Cerebral; Fatores de Risco; Fisioterapia; Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population in Brazil has led to an increase of non-communicable chronic diseases, including stroke. This pathology brings physical consequences with several complications in all individual's life spheres, generating higher costs to the government on actions, procedures and health services. **Objective:** The aim of this study was to identify the flow of actions to control health issues in individuals with sequels of stroke. **Material and Methods:** The data collection was carried out in primary care facilities (family health strategy), municipal rehabilitation clinics, Department of Health, community health agents at the Department of Social Assistance. Semi-structured interviews, questionnaires and medical records of individuals were used for data collection. **Results:** This study showed 56 individuals with sequels of stroke, with a prevalence of males with a mean age of 67.2 (SD = 13.9) years. A total of 40 individuals had had one stroke, and presented hypertension and diabetes as risk factors. No actions aimed at the control of stroke's damages were found. **Conclusion:** There is no flow of specific actions for this group of individuals, being limited to the assistance of sequels installed, and to risk factors for non-communicable chronic diseases.

DESCRIPTORS

Stroke; Risk Factors; Physical Therapy Specialist; Public Health.

1 Acadêmica de Fisioterapia da Universidade do Contestado - UnC Campus Mafra, Santa Catarina. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Meio Ambiente (NUPESC) UnC/Mafra. Bolsista do CNPq.

2 Docente Doutora da Universidade do Contestado- UnC Campus Mafra, Santa Catarina Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Meio Ambiente (NUPESC) UnC/Mafra.

3 Docente Mestre da Universidade do Contestado- UnC Campus Mafra, Santa Catarina. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Meio Ambiente (NUPESC) UnC/Mafra.

Nesse século, o Brasil está passando por mudanças em relação à expectativa de vida da população, onde a fecundidade está diminuindo e a expectativa de vida dos brasileiros aumentando, gerando assim um envelhecimento populacional acelerado¹. Este novo panorama demográfico revela o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), as quais geram custos altos para o governo, pois são progressivas, necessitam de maior demanda de ações, procedimentos e serviços de saúde². Segundo o Plano Nacional de Saúde (2012 a 2015) essas doenças são as principais causas de óbitos notificados no Brasil com 67%³. Apesar de a incidência ser maior em idosos, pode ocorrer precocemente devido a fatores de risco como distúrbios da coagulação, doenças inflamatórias e imunológicas, o diabetes mellitus (DM), inatividade física, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), hábito de fumar, drogas, alimentação não saudável, estresse, sendo que alguns desses fatores de risco podem ser modificados^{4,5}.

As DCNTs são definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um conjunto de doenças que tem fatores de riscos semelhantes, com isso pode ter uma abordagem de prevenção comum. São consideradas DCNTs as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus⁵.

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular que pode ocorrer na forma isquêmica, causado por uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo através da obstrução de uma artéria do encéfalo ou por uma ruptura que caracteriza o AVC hemorrágico. As células do encéfalo perdem o suprimento de oxigênio e de nutrientes, parando temporariamente de trabalhar ou morrem causando necrose localizada, conhecida como infartos cerebrais. Existem muitas células remanescentes que se houver um tratamento adequado depois de ter sofrido o AVC, podem ser readquiridos muitos movimentos perdidos⁶.

Um estudo epidemiológico realizado com a cooperação de 7 países sobre as taxas de mortalidade de AVC em 25 anos comprovaram que os fatores de risco como a idade e a pressão arterial foram fatores determinantes para ocorrer o AVC, outro fator de risco que esteve presente em quase todos os países foi o tabagismo. A mortalidade por AVC representou menos de 10% da mortalidade total nas áreas da Europa e do norte da América do Norte e perto de 20% no sul da Europa e no Japão⁷.

A prevalência de AVC na população geral é alta, atualmente cerca de 90% dos sobreviventes desenvolve algum tipo de sequela, gerando algum tipo de incapacidade funcional. Entre as alterações motoras

que ocorrem após um AVC, destaca-se a hemiplegia, caracterizada pela perda de força muscular no hemicorpo contralateral à lesão encefálica, causando limitações no decorrer das atividades de vida diária (AVD), gerando restrições na participação social e piora da qualidade de vida⁸.

O serviço de Fisioterapia está presente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto a outros profissionais que dão suporte a equipe de saúde da Estratégia da Saúde da Família (ESF) com o objetivo principal de promover saúde, dando qualidade nas práticas desenvolvidas³.

A Atuação Fisioterapêutica na prevenção secundária junto à equipe de saúde pode ocorrer através da educação em saúde para que o indivíduo e o cuidador saibam lidar com as sequelas instaladas. A reabilitação envolve ações para a prevenção de deformidades, manutenção da função física, restabelecimento dessa função e reintegração do indivíduo à sua família e à sociedade⁹. O Fisioterapeuta tem papel importante na saúde coletiva, mas ainda tem sido utilizado somente na fase assistencial e traria uma contribuição enorme com a viabilidade de soluções e programas voltados aos indivíduos com sequelas de AVC¹⁰.

Há um processo contínuo para fortalecer as ações de promoção e prevenção promovidas através das ESFs, para o cuidado integral das DCNT que se baseia no fortalecimento e reorientação dos sistemas de saúde com monitoramento e avaliação das atividades planejadas. Para que isso aconteça é preciso que haja uma reorientação nos modelos de atenção a saúde e com isso se faz necessário conhecimento da situação dos locais para poder atuar na realidade da saúde. Como se trata de DCNT tem que se pensar na qualidade de vida dos indivíduos e de seus familiares, todos os setores devem se integrar para garantir controle integrado para tomada de decisões baseadas em evidências científicas¹¹. O Ministério da Saúde busca através da Vigilância em Saúde fazer um controle das DCNT, para realizar intervenções na saúde pública referentes aos fatores de risco reduzindo assim a prevalência e agravos para evitar o crescimento epidemiológico dessas doenças e as suas consequências. Abrange todo o território nacional diferenciando as necessidades e realidades de cada local, sendo desenvolvidos inquéritos em grupos vulneráveis como é o caso dos idosos, a fim de orientar ou reorientar políticas específicas².

Um das soluções para a prevenção e diminuição dos agravos de algumas doenças neurológicas, poderia se constituir através de uma melhoria no modelo de atendimento primário, gerando qualidade dos serviços prestados, diminuindo assim os custos por internações hospitalares e aumento de um

prognóstico favorável, melhorando a expectativa e qualidade de vida, para assim ter um envelhecimento saudável, pois uma deficiência física requer períodos longos de supervisão, observação e cuidado^{12,13}.

Os objetivos desta pesquisa foram identificar o fluxo de ações de controle aos agravos da saúde em indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral e levantar dados sobre condições gerais de saúde. O fluxo de ações compreende desde o momento que o indivíduo recebe alta hospitalar e inicia o acompanhamento na Unidade de Saúde a que pertence. As ações indicam o controle dos fatores de risco para novos episódios de AVC, assistência à recuperação funcional, acompanhamento do serviço de assistência social quanto às condições socioeconômicas e palestras educativas permanentes.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como analítico observacional. A coleta de dados aconteceu no período de março a maio de 2014. A coleta de dados envolveu a utilização de entrevistas semiestruturadas e questionário para levantamento de dados sobre o histórico do AVC.

Os dados quantitativos de indivíduos acometidos pelo AVC, qual o tempo de lesão, as sequelas, número de atendimentos de Fisioterapia, foram feitos a partir do levantamento de informações com busca nos cadastros e fichas de avaliação dos indivíduos, na Clínica Municipal de Reabilitação, nos prontuários médicos nas ESF e fichas dos Agentes Comunitários de Saúde com o auxílio dos Fisioterapeutas, Enfermeiras responsáveis de cada ESF e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

As visitas aconteceram em cinco ESFs que abrangem a região urbana e dois ESFs da zona rural do município de Mafra localizado no Planalto Norte Catarinense. As áreas que não possuem ESF são atendidas na Policlínica situada na Secretária Municipal de Saúde e os dados destes indivíduos foram coletados através de entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As informações dos indivíduos com as sequelas de AVC das quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no interior do município também foram coletadas no PACS.

As buscas de informações também foram feitas

no setor de Vigilância Epidemiológica (VE) devido a não existência da Vigilância em Saúde no município, Secretária de Saúde do município, para o levantamento de informações relacionadas ao fluxo de ações de controle de agravos à saúde a indivíduos acometidos por AVC no município. Os dados sobre mortalidade decorrente dos Acidentes Vasculares Cerebrais foram obtidos no Hospital Municipal pois é o local que controla estas informações nesta cidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado Campus Mafra sob o parecer 573.902.

RESULTADOS

A coleta de dados mostrou 56 indivíduos com sequelas de AVC, sendo 27 do gênero feminino e 29 do gênero masculino, com idade média de 67,2 (DP=de 13,9) anos. A pesquisa revelou que 7 indivíduos na faixa etária abaixo de 50 anos, 6 indivíduos estão entre 50 a 60 anos, e 43 indivíduos estão na faixa etária acima de 60 anos, isso sugere que quanto mais aumenta a idade maiores são as chances de ter um acidente vascular cerebral, sendo fator de risco não modificável.

Houve prevalência de 1 episódio de AVC (40 indivíduos), as sequelas relatadas foram a hemiplegia direita ou esquerda (52 indivíduos), o tempo instalação da patologia foi levantada em 42 indivíduos. Os fatores de risco encontrados foram hipertensão arterial (53 indivíduos), diabetes (10 indivíduos), tabagismo (26 indivíduos). Outras comorbidades encontradas foram alcoolismo (6), câncer de mama (1), problemas renais (4), depressão (1), epilepsia (1), problemas cardíacos (2), trombose (1), e hipotireoidismo (1). Houve indivíduos que apresentaram mais de um fator de risco para doenças do aparelho circulatório, bem como em relação às comorbidades.

Em relação à Fisioterapia, 26 indivíduos têm acompanhamento fisioterapêutico. Deste contingente, 7 indivíduos são atendidos na Clínica de Reabilitação Municipal, com direito a 10 sessões e quando estas sessões acabam, eles são encaminhados para o médico para a solicitação de uma nova guia de Fisioterapia e acabam entrando em uma fila de espera para serem atendidos novamente. Ainda, 19 indivíduos realizam fisioterapia particular em seu domicílio ou clínica.

Os medicamentos relacionados às comorbidades são conseguidos por 45 indivíduos através da farmácia do SUS e os demais compram seus medicamentos.

Há reuniões mensais dos grupos de hipertensos e diabéticos nas Estratégias da Saúde da Família, porém o indivíduo com sequelas do AVC tem dificuldade de transporte até as Unidades ou pela gravidade das sequelas não participam destas reuniões e 3 indivíduos relataram sua participação nestes grupos.

Com o intuito de identificar se existe alguma opção de ajuda para os indivíduos que sofreram AVC que são carentes e não tem subsídios para seu sustento foi feita uma visita à Secretaria de Assistência Social. O relato foi que não há nenhum tipo de assistência contínua com programas da Secretaria de Assistência Social a estes indivíduos. O atendimento é feito somente quando há a procura do cidadão pelo serviço, pois conforme previsto em lei há ajuda financeira dada pelo governo.

O levantamento estatístico de casos sobre AVC é feito pelo serviço do hospital municipal e apontou que 629 casos de acidente vascular cerebral e destes casos 63 óbitos foram registrados no período de 2007 a 2012.

DISCUSSÃO

A incidência de AVC tem crescido devido ao aumento da expectativa de vida e a fatores de risco que as pessoas estão expostas no decorrer de suas vidas. A promoção da saúde visa diminuir fatores de risco, ensinando a população sobre a necessidade de cuidar da vida, modificando hábitos não saudáveis para ter um envelhecimento com saúde. Quando a patologia já está instalada é necessário agir a fim de diminuir os agravos à saúde destes indivíduos.

A pesquisa revelou 56 registros de indivíduos que tiveram sequelas motoras após o AVC. O gênero masculino foi prevalente nessa pesquisa com uma pequena diferença entre os gêneros (3,5%). A similaridade entre o contingente feminino e masculino que permaneceram com sequelas motoras tem sido encontrada em diversos estudos.^{4,13,14,15,16} Outro estudo relacionando mortalidade por AVC no Brasil no século XXI observou-se a comparação do ano 2000 e 2009, a

taxa de mortalidade aumentou mais entre as mulheres do que entre os homens. E apesar da taxa de mortalidade ainda ser alta no Brasil, encontra-se entre os países com redução da taxa de mortalidade por AVC referidas no século XX e na primeira década do século XXI semelhantes aos países em desenvolvimento¹⁷.

A pesquisa revelou que 7 indivíduos que estão na faixa etária abaixo de 50 anos, 6 indivíduos estão entre 50 a 60 anos, e 43 indivíduos estão na faixa etária acima de 60 anos. Observa-se que a idade dos idosos é um fator de risco não modificável, sabendo disso é de extrema importância fazer com que os indivíduos tenham consciência de que é essencial ter um envelhecimento saudável^{4,8,9,13,15,16}.

No Brasil existem cartilhas criadas pelo Ministério da Saúde junto a Vigilância em Saúde para a prevenção, promoção, controle e diminuição dos fatores de riscos para as doenças crônicas não transmissíveis. Afinal prevenir e fazer o controle das DCNT é essencial para evitar um crescimento das doenças e suas consequências melhorando a qualidade de vida e o sistema de saúde no país^{2,3,5,11,18}.

Programas de iniciativa governamental como Controle ao Tabagismo e a Farmácia Popular estão tendo avanço para combater os fatores de risco modificáveis. Estima-se que o tabaco foi o causador de 13,6% das mortes em 16 capitais brasileiras em 2003, relacionado às altas taxas de prevalência de tabagistas no passado, se tornando um desafio para o Brasil, pois é o maior exportador e o segundo maior produtor de tabaco do mundo. Foi criado um conjunto de leis que proibiu as propagandas de incentivo do tabaco nas TVs abertas, passou a ser estampado nas embalagens do cigarro fotos alertando os riscos que estavam correndo com o consumo, também um número de telefone para orientar e ajudar quem pretende parar de fumar. Desde 15 de dezembro de 2011, a Lei nº 12.546 proíbe fumar em ambientes coletivos fechados, públicos e privados. As farmácias populares também são um avanço e ajudam no combate às DCNTs. No início de 2011, o Ministério da Saúde passou a ofertar remédios sem custos para controle da hipertensão arterial, diabetes e outras DCNT¹⁹.

O número de pessoas obesas está crescendo a cada ano, e outras DCNT relacionadas à nutrição como a hipertensão e diabetes também estão tendo um aumento rápido e contínuo; observando uma inadequação das estratégias atuais²⁰.

A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas de 2003 surgiu para diminuir o uso abusivo de álcool e outras drogas. Dados atuais estimam que 9% da população sejam dependentes do álcool, e 24% bebem bastante. Sendo responsável por mais de 10% da morbidade e mortalidade, consequentemente agravantes para as DCNTs²¹. Mesmo com políticas nacionais de combate do alcoolismo no Brasil, dados do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) demonstram que houve uma pequena redução de 9,6 litros em 2005 para 8,7 litros em 2010, sendo essa uma média alta comparada à média mundial que é de 6,2 litros por pessoa. Há a necessidade de rever as estratégias de combate a este fator de risco para o desenvolvimento das DCNTs, bem como, um olhar mais detalhista para as diferenças socioculturais no Brasil²².

Há prevalência de um episódio de AVC (71,4%) registrada pelos prontuários nas ESF e nas fichas das ACS⁴. Ainda na mesma pesquisa, foi encontrada a mesma prevalência de sequelas motoras como a hemiplegia direita, seguida pela hemiplegia esquerda e outras sequelas.

A linha de cuidados ao AVC foi instituída pela Portaria MS/GM nº665 em 2012, que propõe uma redefinição de estratégias que deem conta das necessidades específicas do cuidado ao AVC. O Ministério da Saúde em parceria com outros órgãos não governamentais como a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, a Academia Brasileira de Neurologia, a Rede Brasil AVC e a Associação Médica Brasileira, desenvolveram o Manual de rotinas de atenção ao AVC, para apresentar protocolos, escalas e orientações aos profissionais da saúde, facilitando o atendimento, permitindo a qualificação dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica, no ambulatório, SAMU, na Sala de Estabilização, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), até as portas de entradas nos hospitais, proporcionando melhorias na estrutura física e tecnológicas destes serviços^{23,24,25}.

Com o conhecimento da existência de todos esses programas para ajudar a identificar, tratar e minimizar as sequelas criadas pelo MS e órgãos não governamentais, fica uma ressalva a fazer para os profissionais da saúde que atendem diretamente esses indivíduos e aos que tem fatores de risco elevados. Será que os profissionais das ESFs estão preparados para

reconhecer e tomar as devidas providências em relação a essa doença que está entre as patologias que mais causam incapacidades e tem um dos maiores índices de mortalidade no mundo? Seria necessário ter iniciativas do próprio município para elaborar programas para auxiliar as pessoas que adquirem incapacidades e não tem conhecimento algum sobre o assunto. Dessa forma melhoraria a qualidade de vida dos mesmos, como é o exemplo de uma iniciativa feita, em parceria com a Associação Brasil AVC *Buscando Independência após AVC* criada pela equipe interdisciplinar da Unidade de Acidente Vascular Cerebral, do Hospital Municipal São José em 2013, que auxilia os indivíduos acometidos por AVC mostrando alternativas que visem incentivar a busca da independência nas atividades de vida diária e contribuir para a melhora da sua mobilidade e da sua autonomia²⁴.

Não existe nenhuma dessas situações preconizadas acima desenvolvidas no município da pesquisa, para os indivíduos que já sofreram o AVC, sendo limitada a assistência somente a indivíduos que tem fatores de risco elevados a desencadear essa doença, tendo grupos de hipertensos e diabéticos que recebem orientações e medicamentos, e o desenvolvimento de campanhas contra o tabagismo, correspondendo parcialmente com a Organização Mundial do AVC.

A Organização Mundial do AVC (World Stroke Organization - WSO) faz Campanha Mundial, alertando a população sobre esta doença que acomete cada vez mais pessoas no mundo, tentando conscientizar as mudanças de hábito, a defesa de uma abordagem global e contínua para a prevenção ou a diminuição dos agravos após um AVC²⁵.

Há o Benefício de Prestação Contínua da Assistência Social, que é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social, que garante 1 salário mínimo ao idoso com 65 anos ou mais e à pessoa com deficiência, de qualquer idade que cause impedimento de longo prazo sendo de natureza física ou mental, que seja constatado que não possui meios de promover à própria manutenção e não tem auxílio da sua família mesmo sem ter contribuído com a previdência social. Este auxílio só é divulgado se houver procura por parte do indivíduo ou familiar. Não há nenhum programa de suporte desenvolvido pela Secretaria de Assistência

Social para estes indivíduos e tampouco orientação formal das Estratégias de Saúde da Família e outros setores da Secretaria de Saúde do município.

Os serviços sociais prestados aos portadores de deficiência física não são divulgados, existindo uma falta de informações sendo notado descaso do governo quanto a sua responsabilidade de prestação de serviços básicos a esses indivíduos. A função da categoria dos profissionais da assistência social está associada à intermediação de recursos e serviços que contribuam para melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da família. A busca para esses serviços sociais vai desde a procura de recursos concretos como auxílio passagem, transporte, remédios, fraldas descartáveis, alimentação entre outros, visto que a situação financeira de quem procura esses serviços não permite custos adicionais²⁶.

Faz-se necessário conhecimento em relação às políticas públicas, assistenciais e às patologias, quando tratadas com a realidade de saúde, que no caso a contextualização do AVC. Após a assistência social ser definida como política pública em 1993 é um direito do cidadão e um dever do Estado prestar esse serviço à população.

As políticas de saúde no Brasil propõem que os profissionais que se inserem nos Programas de Saúde da Família, devem ter uma prática voltada para a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Está visão ainda é pouco reconhecida e valorizada pelos profissionais da saúde. Sendo assim o atendimento contínuo da Fisioterapia está relacionada na atuação em todos os ciclos da vida dos indivíduos podendo-se trabalhar individualmente ou coletivamente²⁷.

A Fisioterapia tem aumentado sua atuação no campo da Saúde Pública, porém ainda há uma visão errônea desta profissão sendo interpretada como assistencial voltada para o processo da doença e suas sequelas. Sabe-se que inserção do Fisioterapeuta nas práticas da Atenção Básica à Saúde tem grande valia para a disseminação da promoção à saúde, para a prevenção de doenças, educação em saúde e a participação em programas assistenciais com a comunidade, estas atribuições do Fisioterapeuta estão no Código de Ética do Fisioterapeuta, porém não existem muitos documentos oficiais que indiquem o lugar da Fisioterapia na saúde pública sendo uma realidade distante no Brasil^{27,28}.

A porta de entrada para a Fisioterapia no Programa de Saúde da Família se dá pelo NASF, que é o apoio a ESF, para que aconteça um desenvolvimento dessa equipe multidisciplinar é necessário que o município tenha interesse e desenvolva projetos para receber recursos financeiros. No caso do município do Planalto Norte Catarinense, foi desenvolvido o projeto do NASF e aprovado no ano de 2013, porém ainda está em fase de processo seletivo dos profissionais. Os serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia são realizados na Clínica de Reabilitação Municipal para suprir a demanda do município com recursos subsidiados pelo governo estadual.

Sabendo da existência de 56 indivíduos que ficaram com sequelas de AVC, sete indivíduos fazem acompanhamento pela Clínica de Reabilitação Municipal foi verificado que a demanda de pacientes que necessitam de atendimentos fisioterapêuticos é muito alta, seja por problemas ortopédicos, distúrbios neurológicos, acidentes, os pacientes acabam se limitando somente a 10 sessões e tem que voltar para o final da fila, sabendo disso fica claro o motivo pelo qual são poucos pacientes que fazem tratamento pelo SUS.

No Brasil, o controle das DCNTs é prioridade na saúde pública, com políticas de prevenção e controle. Existem vários meios que informam os profissionais da saúde e a população geral sobre os riscos de desenvolvimento das DCNTs. Sabe-se que pessoas com maus hábitos, têm dificuldades de modificar seu estilo de vida, mas há a necessidade de mudanças através de um esforço conjunto de todas as esferas que cuidam da Saúde da população bem como o papel da comunidade e cidadão.

O sistema de saúde brasileiro precisa ser fortalecido para oferecer suporte aos indivíduos que ficam com sequelas de AVC, ajudando não somente no assistencialismo, mas prevenindo de um novo episódio do AVC, orientando a família e aos cuidadores os cuidados que os indivíduos precisam ter para melhorar a sua qualidade de vida e desenvolver suas atividades de vida diária e facilitando o acesso para os recursos já existentes.

É visto que existe uma falha em relação ao suporte que o SUS oferece para esta população, existindo uma falta de articulação entre os diferentes setores dentro da saúde pública, ficando evidente a desconsideração para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que foram acometidos pelo AVC.

A equipe multidisciplinar tem que entrar em ação para desenvolver seu papel dentro da saúde da família, quebrando o paradigma do conceito saúde-doença, mudando a concepção da visão assistencial e voltando à promoção de saúde. O desenvolvimento da capacidade de planejamento, organização e articulação das ações responderão às necessidades reais da comunidade.

O levantamento dos dados nessa pesquisa foi o primeiro passo para a idealização e amadurecimento de novas perspectivas para a saúde dos pacientes com incapacidades devido ao AVC. A partir desta pesquisa, projetos poderão ser desenvolvidos para a prática das orientações das cartilhas desenvolvidas para estes indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou que não há um fluxo de ações específicas para o controle de agravos à saúde em indivíduos acometidos pelo acidente vascular cerebral, sendo limitados somente ao controle dos fatores de risco como diabete e hipertensão arterial.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Universidade do Contestado - Campus Mafra.

REFERÊNCIAS

1. População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042. Disponível em: <http://salaadeprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2455>. Acesso em: 10 de agosto de 2013.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretária Executiva. Plano Nacional de Saúde 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Ribeiro KSQS; Neves RF; Brito GEG; Morais JD; Lucena EMF; Medeiros JM *et al.* Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. *R bras ci Saúde*. 2012; 16(s2):25-44.
5. Ministério da Saúde (BR) Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Cartilha para a Modelagem de Programas para a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de doenças. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.
6. Organização Mundial da Saúde (WHO). Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária a saúde. Tradução: Magda França Lopes, Porto Alegre. *Artmed*, 2003.
7. Menotti A; Jacobs JR, David R.; Blackburn, H; Kromhout, D; Nissinen A; Nedeljkovic S. Twenty Five Years Prediction of Stroke Deathe in the Seven Countries Study. *American Heart Association. AHA Journals. Stroke*. 1996; 27(3):381-7.
8. Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr*. 2004;11(3):106-9.
9. Souza CB; Abreu Cavalcante RND; Brit EM; Moreira TMM; Silva LMS; Vasconcelos SMM. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. *Rev. enferm*. 2009;17(1):41-5.
10. Ferreira FN; Leão I; Saqueto MB; Fernandes MH. Intervenção Fisioterapêutica na comunidade: Relato de caso de uma paciente com AVE. *Rev.Saúde.Com*. 2005; 1(1): 35-43.
11. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.
12. Bocchi SCM; Angelo, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciênc. saúde colet.*. 2005; 10(3): 729-738.
13. Pereira ABCNG; Alvarenga H; Pereira Júnior RS; Barbosa MTS. Prevalência de Acidente Vascular Cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 (9):1929-1936.
14. Falcão IV; Carvalho EMF; Barreto KML; Lessa FJD; Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev. Brás. Saúde Matern. Infant*. 2004; 4 (2):95-102.
15. Gonçalves AF; Cardoso SM. Prevalência dos Acidentes Vasculares Cerebrais em Coimbra. *Acta Médica Portuguesa*. 1997;10(8-9): 543-550.

16. Silva LMBC. Estudo da prevalência de AVC e sua associação com a qualidade de vida na população com mais de 65 anos da área abrangida pelo Centro de Saúde de Manteigas. [Dissertação de Mestrado]. Manteigas: Universidade da Beira Interior;2013. 34p.
17. Garritano CR; Luz PM; Barbosa MTS; Batista KM. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. Arq. Bras. Cardiologia. 2012; 9(6): 519-527.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretária da Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
19. Schmidt MI; Duncan BB; Silva GA; Menezes AM; Monteiro CA; Barreto SM; Menezes PR *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet. 2011;377(9781): 1949-61.
20. Tardido AP; Falcão MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Rev. Bras. Nutr. Cin.2006; 21(2): 117-24.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretária Executiva. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
22. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva; 2014.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Atenção a Saúde. Manual de rotinas para a atenção ao AVC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
24. Oliveira MDGO. Buscando a independência após AVC. Associação Brasil AVC e da Rede Brasil AVC. Joinville/SC-2013.
25. WORLD STROKE ORGANIZATION. Campanha Mundial contra o AVC/2014-2016. Disponível em: <<http://www.worldstrokecampaign.org/about-the-world-stroke-campaign.html>>. Acesso em: 20 de março de 2014.
26. Turnes MD. Reconstruindo as relações sócio-culturais e familiares do portador de paralisia cerebral: desafios para o serviço social. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina; 1999. 94p.
27. Alveiro MC; Aciole GG, Driusso PA; Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. Ciênc. saúde colet. 2011; 16(Supl1): 1467-1478.
28. Silva DJ; Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Ciênc. saúde colet., 2007; 12 (6):1673-1681.

Correspondência

Carol Sabrine Grochovski

Endereço: Rua Professor Gustavo Friedrich, 1120,Vila Nova

Mafra – Santa Catarina - Brasil

CEP: 89300-000

E-mail: carolsabrineg@hotmail.com