

CORRELAÇÃO DO RISCO DE QUEDA E SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UM ESTUDO TRANSVERSAL DESCRITIVO

CORRELATION OF THE RISK OF FALL AND SEQUELS OF BRAIN VASCULAR ACCIDENT: A DESCRIPTIVE CROSS-STUDY

Rodrigo Silva Perfeito¹,

Edivania Martins²,

Andreza Rogéria Nascimento Barros³,

Vinícius José Araújo Moreira de Barros³,

Tatiane Lima de Araújo Silva⁴

1- Diretor do Instituto Fisart e Mestre em Ciências da Atividade Física pela Salgado de Oliveira

2- Especialista em Traumatologia-ortopedia pelo IAPS

3- Fisioterapeuta pela Uninassau

4- Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN

Endereço para correspondência: rodrigosp@yaho.com.br

Resumo

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma manifestação súbita decorrente da interrupção do suprimento sanguíneo aos tecidos encefálicos, podendo provocar lesão celular, alterações nas funções motora, cognitiva, sensorial, psicológica e social. Por estimular modificações corporais e sensoriais, acredita-se que também são afetadas a capacidade de manter o equilíbrio e autopercepção corporal, aumentando os riscos de queda da própria altura. Assim, o objetivo deste artigo é o de verificar se existe correlação entre o risco de queda e as sequelas advindas do AVE em qualquer perfil de pacientes. Para isso, foi realizada uma pesquisa transversal descritiva em uma amostra com 35 indivíduos com idade superior a 18 anos. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário Sociodemográfico e a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB). Os resultados alcançados demonstram que a maioria dos indivíduos era do sexo masculino, idosos, com baixa escolaridade, aposentados e com diagnóstico médio de 5 anos, e que, por meio dos escores da EEB, foi possível concluir que em pacientes com tempo avançado de sequela não houve aumento do risco de queda, destituindo sua correlação.

Palavras-chaves: Acidente Vascular Encefálico; Quedas; Sequelas.

Abstract

Encephalic Vascular Accident (EVA) is a sudden manifestation resulting from the interruption of the blood supply of encephalic tissues, which can cause cellular injuries, changes in motor, cognitive, sensory, psychological and social functions. By stimulating corporate and sensory changes, it is believed that the ability to maintain balance and body self-perception is also affected, reducing the risk of falling from one's height. Thus, the objective of this article is to verify if there is a correlation between the risk of occurrence and the advanced strokes in any patient profile. For this, a cross-sectional descriptive research was carried out in a sample of 35 individuals over the age of 18 years. For data collection, a Sociodemographic questionnaire and a Berg Balance Scale (BSE) were applied. The results achieved showed that the majority of individuals were male, elderly, with low education, retired and with an average diagnosis of 5 years, and that, through the BSE scores, it was possible that patients with advanced sequelae time did not there was an increase in the risk of falling, removing its correlation.

Keywords: Encephalic Vascular Accident; Falls; Sequels.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) foi definido pelo ministério da saúde como o comprometimento súbito da função cerebral devido a interrupção de oferta de oxigênio e nutrientes ao tecido encefálico, ocasionado por uma obstrução ou ruptura de vasos sanguíneos responsáveis por este suprimento¹.

Pode provocar lesão celular e alterações nas funções neurológicas, levando a comprometimentos da função motora, cognitiva, sensorial, psicológica e social. Suas causas podem estar associadas à hipertensão arterial, hiperlipidemia, diabetes, mal formação dos vasos sanguíneos, tumores cerebrais, traumas e semelhantes². É a segunda maior causa de morbidade do mundo, podendo chegar a 7,8 milhões de casos documentados em 2030³.

Enfatizando as alterações neurológicas que atrapalham a capacidade motora, os efeitos mais recorrentes são a hemiparesia, ataxia, deficiências visuoperceptivas, afasia, disartria, deficiências sensoriais e problemas de controle vesical^{4,5}.

Na hemiparesia, uma das alterações que mais chama a atenção, o membro se encontra com paralisa branda e em uma posição de assimetria postural, com distribuição de peso menor sobre o lado afetado e instabilidade do tronco, interferindo na capacidade de manter o controle postural e na qualidade motora nas atividades de vida diárias (AVD's)⁶.

Devido a essas diversas modificações corporais, considera-se que o risco de queda é aumentado, se tornando um advento perigoso e relativamente comum nos indivíduos acometidos por AVE. Por esse motivo, ocasiona medo e o receio em atividades do cotidiano⁷, o que pode trazer o efeito de inatividade física e piora do quadro vascular e motor.

Uma das explicações defendidas pela literatura para o aumento das quedas está na diminuição da capacidade do Sistema Nervoso Central (SNC) em gerar padrões musculares necessários para regular a relação entre o centro de gravidade e a base de suporte corporal, diminuindo o equilíbrio⁸. Para que tenhamos uma noção, a ocorrência de quedas nos indivíduos que sofreram AVE é de 37% a 45%, ou seja, quase metade deste público sofre com quedas e suas repercussões negativas⁹.

Apesar do AVE acometer pessoas com idades variadas, é a população idosa que mais sofre com seus efeitos. Quando esse público é atingido e confrontado com pessoas jovens, cai da própria altura duas vezes mais. Comparando com idosos não acometidos, os que sofreram AVE tem uma prevalência de 78,9% a mais de eventos de queda. Esse fato é explicado pela presença de fatores associados ao envelhecimento, como *déficit* visual, perda de equilíbrio, perda de massa muscular e óssea, entre outros¹⁰. Outros fatores agravantes podem ser a diminuição do raciocínio lógico, memória e da capacidade cardiorrespiratória, que afetam a qualidade dos movimentos executados no dia a dia¹¹.

Mais um determinante para o aumento das quedas pode estar envolvido com alterações na marcha com o avançar do envelhecimento. Esta, está agregada ao controle de equilíbrio, força muscular e capacidade de percepção corporal, que podem estar alteradas em pacientes com AVE, sem mencionar que o próprio envelhecimento já provoca o declínio dessas valências¹² (FERLA, GRAVE e PERICO, 2015).

Portanto, diante das referências mencionadas, não existem dúvidas de que o AVE pode interferir no aumento dos episódios de queda, porém, pouco se indaga ainda sobre seus efeitos nas suas diferentes manifestações, tratando o tema de modo extremamente generalizado.

Pensando assim, o objetivo deste artigo é o de verificar se existe correlação entre o risco de queda e as sequelas advindas do AVE em qualquer perfil de pacientes.

Como relevância científica acreditamos que os dados presentes possam ser novos referenciais e agente estimulante para outras produções científicas com temas

semelhantes, enriquecendo nossa vasta relação de artigos nacionais já publicados. Como relevância social, acreditamos que profissionais da saúde que atuam nas ciências neurológicas possam aprimorar ainda mais seus conhecimentos práticos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal descritiva constituída por uma amostra de 35 indivíduos de ambos os sexos que estavam em atendimento no setor de Fisioterapia Neurofuncional do Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST) e da Clínica Escola UNINASSAU.

Os critérios de inclusão foram possuir sequelas de AVE, ter idade superior a 18 anos, ser cadastrado na Clínica Escola UNINASSAU e CERAST e não possuir qualquer outra doença ou desconformidade que afetasse o risco de queda.

Foram excluídos aqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão, se negaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que, por qualquer motivo, não pudessem realizar os testes adotados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED) com o número de protocolo CAAE30314514.8.0000.5156.

Para análise do perfil social, foi aplicado um Questionário Sociodemográfico contendo 23 questões. Para avaliação dos riscos de quedas foi utilizada a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB). A EEB é composto por 14 tarefas que possuem uma escala de avaliação que varia de 0 (incapaz de realizar) a 4 pontos (realiza com independência). Os escores totais variam de 0 a 56 pontos, sendo a maior pontuação correspondente ao melhor desempenho. Escores abaixo de 45 são preditivos de futuras quedas.

Os indivíduos foram direcionados para uma sala climatizada e bem iluminada, onde leram e assinaram o TCLE, preencheram o Questionário Sociodemográfico e foram explicados sobre a EEB. Posteriormente, um dos pesquisadores demonstrou de modo prático como é a realização das tarefas da EEB, que em seguida, foi aplicada individualmente e por ordem de chegada. Em seguida foi analisado o desempenho da execução.

Os dados foram tratados no Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows. A amostra foi submetida ao Teste de Shapiro – Wilk e/ou Kolmogorov - Smirnov para verificar sua normalidade. As variáveis sociodemográficas foram analisadas através de estatística descritiva, externando seus valores absolutos e relativos. A associação das variáveis riscos de quedas e sociodemográficas foram analisadas a partir dos testes de Qui – quadrado e de Fisher. Os dados foram apresentados em tabelas e foi considerado o intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em tabelas e o maior quantitativo de cada variável destacada em negrito para melhor visualização.

Tabela 1: Perfil Sociodemográfico dos indivíduos com AVE.

Variáveis		n (35)	%
Sexo	Masculino	19	54,3
	Feminino	16	45,7
Idade atual	18 – 30	1	2,9
	31 – 59	11	31,4
	60 ou mais	23	65,7
Escolaridade	Analfabeto	5	14,3
	Ensino fundamental	17	48,6
	Ensino médio	11	31,4
	Ensino superior	2	5,7
Etnia	Branca	14	40
	Negra	3	8,6
	Amarela	4	11,4
	Mulata	11	31,4
	Outra	3	8,6
Ocupação	Com ocupação	5	14,3
	Sem ocupação	2	5,7
	Aposentado/Benefício	28	80
Estado civil	Com companheiro	18	51,4
	Sem companheiro	17	48,6
Naturalidade	Campina Grande	15	42,9
	Não Campina Grande	20	57,1
Renda	< 1 salário	2	5,7
	1 salário	29	82,9
	> 1 salário	4	11,4
Número de pessoas na casa	1 a 5 pessoas	32	91,4
	6 a 10 pessoas	3	8,6
Número de filhos	Nenhum	4	11,4
	1 a 5 filhos	24	68,6
	6 a 10 filhos	7	20

Tabela 2: Perfil Clínico dos indivíduos com AVE.

Variáveis	n (35)	%
-----------	--------	---

	AVEI*	29	82,8
Diagnóstico	AVEH**	5	14,3
	AVEIH***	1	2,9
	< 1 ano	4	11,4
Tempo de AVE	1 a 5 anos	27	77,2
	6 a 10 anos	4	11,4
	Usa álcool	Sim	2
	Não	33	94,3
Usou álcool	Sim	16	45,7
	Não	19	54,3
Abstinência álcool	Sim	-	0
	Não	35	100
Usa drogas	Sim	-	0
	Não	35	100
Usou drogas	Sim	5	14,3
	Não	30	85,7
Abstinência drogas	Sim	-	0
	Não	35	100
Alguma doença associada	Sim	4	11,4
	Não	31	88,6
Antecedentes familiares	Sim	13	37,1
	Não	22	62,9

*Acidente vascular encefálico isquêmico / **Acidente vascular encefálico hemorrágico / ***Acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico

Tabela 3: Associação do risco de quedas com o ESCORE da EEB

Variáveis		n (35)	%
Risco de Quedas	Baixo risco de quedas	18	51,4
	Moderado risco de quedas	7	20
	Alto risco de quedas	10	28,6

Tabela 4: Associação entre EEB e perfil Sóciodemográfico dos indivíduos com AVE.

Variáveis	Sexo	Idade	Esc	Etn	Ocu	EstC	Ren	PesC	Nº.Fil
Sentado-pé	0,152	0,731	0,154	0,987	0,308	0,692	0,768	0,499	0,266
Em pé sem apoio	0,035	0,721	0,015	0,354	0,537	0,801	0,898	0,929	0,337
Sentado sem suporte de costas mas apoio de pés	0,086	0,717	0,038	0,741	0,785	0,486	1,00	1,00	0,691
Em pé para sentado	0,074	0,795	0,040	0,960	0,878	0,862	1,00	0,603	0,329

Transferências	0,240	0,962	0,091	0,347	0,714	0,586	0,935	0,765	0,033**
Em pé sem suporte e olhos fechados	0,012	0,462	0,119	0,831	0,878	0,908	0,539	0,533	0,028**
Em pé sem suporte com pés juntos	0,164	0,413	0,038	0,726	0,891	0,678	0,721	0,375	0,036**
Alcance frente com os braços estendidos	0,095	0,946	0,227	0,420	0,644	0,332	0,617	0,897	0,395
Apanhar objeto no chão da posição em pé	0,101	0,496	0,280	0,994	0,897	0,824	0,674	0,550	0,046
Em pé, virar e olhar pra trás sobre ombros	0,122	0,603	0,012	0,779	0,904	0,846	0,900	0,391	0,099
Virar em 360 graus	0,018	0,187	0,112	0,677	0,891	0,771	0,962	0,652	0,002**
Colocar pés alternados sobre degrau	0,543	0,308	0,545	0,963	0,172	0,505	0,147	0,012	0,074
Em pé sem apoio com outro pé a frente	0,655	0,214	0,221	0,175	0,365	0,158	0,879	0,296	0,013**
Permanecer em pé apoiado em uma perna	0,280	0,121	0,772	0,107	0,089	0,706	0,119	0,148	0,285

Esc: Escolaridade / Etn: Etnia / Ocu: Ocupação / EstC: Estado Civil / Ren: Renda / PesC: Pessoas na casa / N°. Fil: Número de filhos.

Tabela 5: Associação entre EEB e perfil Clínico dos indivíduos com AVE. **Teste Qui quadrado

Variáveis	Diagnóstico	Local AVE	Hospitalização Prévia	Tempo de AVE	Usa álcool	Usou álcool	Usou droga	Doença física	Doença família
Sentado-pé	0,768**	0,323**	0,697	0,667	0,812	0,257	0,256	0,704	0,825
Em pé sem apoio	0,877**	0,221**	0,186	0,665	1,000	0,234	0,477	0,914	0,719
Sentado sem suporte de costas, apoio de pés	0,663**	0,335**	0,380	0,267	1,000	0,489	0,380	0,905	0,284
Em pé para sentado	0,617**	0,545**	0,213	0,794	0,454	0,125	0,567	0,419	0,431
Transferências	0,467**	0,683**	1,000	0,918	0,612	0,404	0,033	0,675	0,596
Em pé sem suporte e olhos fechados	0,976**	0,447**	0,567	0,162	0,824	0,042	0,111	0,268	0,915
Em pé sem suporte com pés juntos	0,964**	0,882**	0,819	0,285	0,496	0,528	0,333	0,257	0,729
Alcance frente com os braços estendidos	0,479**	0,430**	0,672	0,137	0,697	0,551	0,810	0,258	0,563
Apanhar objeto no chão da em pé	0,833*	0,441**	0,149	0,454	0,617	0,652	0,890	0,554	0,475
Em pé, virar e olhar pra trás sobre ombros	0,895**	0,201**	0,806	0,636	0,551	0,164	0,075	0,287	0,494
Virar em 360 graus	0,811**	0,463**	0,646	0,180	0,452	0,010	0,068	0,652	0,184
Colocar pés alternados sobre degrau	0,690**	0,838**	0,802	0,048	0,445	0,585	0,708	0,416	0,931
Em pé sem apoio com pé a frente	0,769**	0,396**	0,443	0,489	0,208	0,248	0,812	0,854	0,522
Permanecer em pé apoiado em uma perna	0,933**	0,207**	0,438	0,892	0,040	0,907	0,575	0,700	0,881

Discussão

Dentro dos resultados abordados, foi analisado o perfil Sociodemográfico de 35 indivíduos (Tabela 1), sendo a maioria do sexo masculino (n=19, 54,3%) e com 60 anos ou mais (n=23, 65,7%). O AVE tem sido apontado como sendo predominante entre os homens e com média de idade entre 60 a 74 anos¹³. Em um estudo atual sobre prevalências, a maioria dos pacientes também eram do sexo masculino (55%) e idosos entre 61 e 80 anos (40%)¹⁴.

A principal razão que difere o acometimento entre os sexos tem relação com a secreção de hormônios, especificamente o estrogênio. As mulheres estão mais abrigadas por esta substância, no qual apresenta uma função vasoprotetora que produz efeitos favoráveis nas concentrações de lipídios no sangue, no sistema de coagulação e na produção de moléculas vasoativas, como as prostaglandinas¹⁵.

Observou-se maior prevalência de baixa escolaridade (n=17, 48,6%), fato que pode explicar a falta de informações a respeito de prevenção e comportamentos de risco à saúde neste segmento populacional¹⁶. Um estudo de revisão integrativa também encontrou a variável baixa escolaridade¹⁷. Exercícios físicos, principalmente os cardiorrespiratórios, associados com bons hábitos alimentares e sociais podem ser considerados ótimas ferramentas de prevenção¹¹.

Em outro estudo, a prevalência de AVE em relação à etnia foi de cor parda¹⁸, o que difere deste estudo, que foi de cor branca (n=14, 40%). Este fato nos faz acreditar que a cor da pele não tem relação direta com a aquisição da doença.

Houve alta porcentagem de aposentados ou que recebem algum benefício (n=28, 80%). Um indivíduo que trabalha, dependendo de sua ocupação, comparado com alguém aposentado, tende a ser uma pessoa mais ativa no dia a dia, e esse fato pode afetar questões cardíacas e de perfusão sanguínea. Mas nesse caso, acreditamos que o predomínio dos aposentados está relacionado a idade mais avançada em que é alcançado o benefício da aposentadoria.

De acordo com as demais variáveis sociais, a maioria dos indivíduos declarou ter um companheiro (n=18, 51,4%) e baixa renda familiar com até um salário (n=29, 82,9%). Tais resultados são importantes, uma vez que as sequelas do AVE podem causar instabilidades na mobilidade, habilidades físicas e mentais, entre outros, sendo interessante que se tenha algum companheiro para auxílio nas AVD's, caso necessário.

Em outras palavras, muitos são idosos que, no início da doença, se tornaram dependentes de outras pessoas, função essa exercida principalmente pelo cônjuge¹⁹. No presente artigo, 91,4% (n=32) dos indivíduos residem com até cinco pessoas.

A naturalidade não tem qualquer interferência com a aquisição de AVE ou quedas e foi utilizado apenas para identificação demográfica da amostra.

Na tabela 2 foi exposto o perfil clínico dos indivíduos, onde 82,8% (n=29) foram acometidos por AVE isquêmico, dados esses que estão de acordo com o estudo realizado por Polese¹³, onde a etiologia demonstrou ter a mesma prevalência em relação ao hemorrágico. Em estudo de revisão integrativa que avaliou o perfil epidemiológico, também foi encontrado o AVE isquêmico como o de maior prevalência¹⁷.

Pesquisadores explicam que cerca de 70 a 80% de todos os AVE's são do tipo isquêmico, ao passo que aproximadamente 9% são do tipo hemorrágico, e o restante, uma mistura entre ambos²⁰.

No que diz respeito ao tempo de acometimento de AVE, a prevalência foi de 1 a 5 anos (n=27, 77,2%). Em média, os participantes do estudo estavam com 5 anos após o AVE, indicando que a recuperação natural havia cessado e seu equilíbrio e recuperação pós-AVE eram estáveis. A maioria dos indivíduos não apresentou antecedentes familiares (n=22, 62,9%).

No mesmo estudo citado anteriormente, o tempo de acometimento foi de 8,67 + 2,14 anos para ambos os sexos e 68% não apresentavam antecedentes familiares de doenças cerebrovasculares.

O tempo de acometimento interfere diretamente nos riscos de queda, uma vez que indivíduos com maior tempo de sequela possuem melhor equilíbrio devido ao processo de neuroplasticidade ser mais evidente com o passar do tempo, contribuindo na reorganização motora para execução de tarefas funcionais²¹.

Referente ao estilo de vida social, estudos epidemiológicos têm estabelecido que o fumo é um fator de risco grave para AVE por aumentar as chances de isquemia cerebral e hemorragia subaracnóidea²². O consumo excessivo de álcool também está na lista de estimuladores do AVE, pois leva a hipertensão arterial e a dislipidemias²³.

De fato, o consumo exagerado das substâncias indicadas podem fazer mal à saúde e estimular diversas doenças. Vale ressaltar que, apesar disso, não necessariamente se você não utiliza essas substâncias não terá AVE. Nossos dados

demonstram que 85,7% (n=30) dos indivíduos não faziam uso do cigarro e 54,3% (n=19) não faziam uso do álcool antes da ocorrência do AVE.

A tabela 3 mostra a associação entre o risco de queda e o AVE por meio dos escores da EEB. Em nosso estudo, a amostra não apresentou índice preditivo de queda, pois 51,4% (n=18) dos participantes obtiveram escores maiores que 46 pontos. Apenas como lembrança, é considerado preditivo de queda pontuações abaixo de 45 pontos. Esses resultados podem estar associados aos efeitos positivos da terapia empregada nos pacientes e ao tempo de pelo menos 1 ano convivendo com as sequelas da doença, havendo uma adaptação corporal. Porém, esses dados não devem ser entendidos como ausência de risco de queda, mas sim, um menor risco.

Tal eventualidade também pode ser observada em outros estudos. Quando avaliado o equilíbrio funcional, o público com AVE obteve bons resultados²⁴ e em estudo que também utilizou a EEB, a maioria (74%) dos participantes obteve escore maior que 45 pontos²⁵, o que nos faz ponderar se podemos fazer uma correlação tão direta entre possuir sequelas de AVE e ter um maior risco de queda em qualquer tipo de paciente.

Na tabela 4, pode-se observar a associação dos dados sociodemográficos com a EEB, onde, a 2ª atividade (em pé sem apoio), 6ª atividade (em pé sem suporte e olhos fechados) e a 11ª atividade (virar em 360 graus), obteve uma associação estatisticamente significativa entre a variável sexo ($p = 0,035$; $p = 0,012$; $p = 0,018$ respectivamente), pois o sexo masculino conseguiu um desempenho melhor nas atividades.

Este resultado pode ser explicado pelo fato de que as mulheres tem menos massa muscular que os homens devido aos hormônios predominantes em cada sexo. Quando comparamos indivíduos de sexo diferentes em estágio maior de envelhecimento, as discrepâncias nos tipos de movimentos que exigem força e massa muscular são ainda maiores. Além disso, as mulheres são acometidas pela sarcopenia com maior intensidade devido a menopausa¹¹.

A variável escolaridade atingiu uma associação entre as atividades 2 (em pé sem apoio) ($p = 0,015$), 3 (sentado sem suporte de costas, mas apoio de pés) ($p = 0,038$), 4 (em pé para sentado) ($p = 0,040$), 7 (em pé sem suporte com pés juntos) ($p = 0,038$) e 10 (em pé, virar e olhar para trás sobre os ombros) ($p = 0,012$), pois os indivíduos que estudaram até o ensino fundamental conseguiram um melhor desempenho nas atividades.

Acreditamos que a mesma teve apenas um papel de coincidência. É mais tendencioso acreditar que pessoas com nível de escolaridade maior possam cuidar melhor de sua saúde e criar hábitos preventivos contra o AVE. Os resultados de nosso estudo tiveram efeito contrário, portanto, não é possível generalizar.

A variável número de filhos obteve uma correlação estatisticamente considerável com as atividades 5 (transferências) ($p = 0,033$), 6 (em pé sem suporte e olhos fechados) ($p = 0,028$), 7 (em pé sem suporte com pés juntos) ($p = 0,036$), 9 (apanhar objeto no chão da posição em pé) ($p = 0,046$), 11 (virar 360 graus) ($p = 0,002$) e 13 (em pé sem apoio com outro pé a frente) ($p = 0,013$). Os que possuíam de 1 a 5 filhos conseguiram uma melhor performance nas atividades.

Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que, muitas vezes, com o passar dos anos, esses indivíduos são ou viram uma espécie de liderança dentro da família, adquirido um papel fundamental no desenvolvimento da mesma, sendo necessário adotar autonomia nas AVD's, e conseqüentemente, este fato os fazem ser mais ativos, acelerando o processo de reabilitação, auto-percepção e adaptação corporal. Porém, vale lembrar que alguns indivíduos podem adotar atitudes contrárias, como dependência familiar, principalmente nos primeiros meses de convivência com as sequelas do AVE. Portanto, o terapeuta deve estar atento a qual perfil esse paciente pertence naquele momento.

A 12ª atividade (colocar os pés alternados sobre o degrau) obteve uma associação estatisticamente significativa com a variável número de pessoas na casa ($p = 0,012$), uma vez que, quem mora com até 5 pessoas conseguiram uma boa execução na atividade. Brito e Rabinovich²⁶ afirmam que o envolvimento afetivo apropriado pode dar mais autonomia ao indivíduo afetado, o que pode ter influenciado no resultado do estudo.

A tabela 5 demonstra a associação entre a EEB e o perfil clínico dos indivíduos com AVE. A maioria da amostra não consumia álcool, demonstrando que não existe causa e efeito para aquisição da doença, porém nas atividades 6 (em pé sem suporte e olhos fechados) ($p = 0,042$), 11 (virar 360 graus) ($p = 0,010$) e 14 (permanecer em pé apoiado em uma perna) ($p = 0,040$) quem não ingeria álcool teve uma melhor habilidade ao desempenhar as atividades. Portanto, apesar de não ser causa/efeito de modo agudo para o AVE, o uso de álcool pode interferir na qualidade das AVD's. A 5ª atividade (transferências) obteve uma associação estatisticamente significativa com a variável uso

de drogas ($p = 0,033$), uma vez que, quem não as utilizava obteve uma melhor habilidade na atividade.

A 12ª atividade (colocar os pés alternados sobre o degrau) obteve uma associação significativa com o variável tempo de AVE ($p = 0,048$), pois quem referiu ter sido acometido pelo AVE de 1 a 5 anos conseguiu realizar melhor essa atividade.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados é possível concluir, que nesse tipo de amostra, que eram em maioria do sexo masculino, idosos, com baixa escolaridade, aposentados, com AVE isquêmico, acometidos em média por 5 anos e que não faziam uso do álcool ou outro tipo de droga, não há correlação de causalidade entre o AVE e quedas da própria altura.

Gostaríamos de ressaltar que em públicos com menor tempo de convívio com as sequelas e que não estão passando por assistência fisioterapêutica, a correlação pode existir e o escore da EEB para risco de queda pode ser maior. Como explicam Cardoso, Miranda e Paixão²⁷ o AVE pode desencadear diversas sequelas que resultam em incapacidades funcionais no indivíduo, e com isso, o risco de queda pode variar de acordo com a gravidade da doença e perfil do paciente, cabendo ao terapeuta uma avaliação criteriosa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. AVE: o que é, causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção; 2017.
2. Marques P, Nogueira S. Efeitos da Eletroestimulação Funcional e Kabat na Funcionalidade do Membro Superior de Hemiparéticos. Revista Neurociências. v. 19, p. 694-701, 2011.
3. Miranda L, Araújo N. Os efeitos do treinamento de força no equilíbrio, agilidade e mobilidade em pacientes pós acidente vascular encefálico. RBPFEEX, v. 13, n. 86, p. 1014-1020, 3 maio 2020.
4. Ekman L. Neurociência: fundamentos para a reabilitação. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 477p.
5. Peixoto F, Lopes A, Silva A. Severidade e prognóstico no acidente vascular encefálico: revisão scoping. Saúde & tecnologia, maio, 2019, p. 26-44.

6. Cesário C, Penasso P, Oliveira A. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. *Revista Neurociências*, Franca - SP, v. 14, n. 1, p.6-9, fev. 2006.
7. Faria C, Saliba V, Salmela T, Nadeau S. Comparação entre indivíduos hemiparéticos com e sem histórico de quedas com base nos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.17, n.3, p.242-7, jul/set. 2010.
8. Dias B, Mota R, Genova T, Tamborelli V, Pereira V, Puccini P. Aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio de idosos em diferentes fases do envelhecimento. *Revista Brasileira de Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 213-224, maio/ago.2009.
9. Oliveira A, Costa A, Sousa V, Moreira R, Araújo T, Lopes M, Galvão M. Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico, *Revista enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, n 1, p. 107- 1133, 2011.
10. Santos P, Valença T, Amorim C. Prevalência de quedas em idosos acometido por acidente vascular encefálico (AVE). *Revista Saúde*. v. 9, n.2, p. 40-48. 2013.
11. Perfeito R. Método Pilates: uma possível intervenção para a promoção da saúde no envelhecimento. Rio de Janeiro: Kirios, 2014.
12. Ferla F, Grave M, Perico E. Fisioterapia no tratamento do controle de tronco e equilíbrio de pacientes pós AVC. *Revista Neurociência*, Lajeado-RS, v. 23, n. 2, p.211-217, maio 2015.
13. Polese J, Tonial A, Junk F, Mazuco R, Oliveira S, Schster R. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. *Revista Neurociências*, São Paulo, v.16, n. 3, p.175-178, 2008.
14. Carvalho E, Sousa M, Lopes E. Prevalência de pacientes vítimas de acidente vascular isquêmico diagnosticados por exame de imagem. *C&D - Revista Eletrônica da FAINOR*, v.13, n.1, p. 14-26, jan./abr. 2020.
15. Oliveira D. Análise do perfil Epidemiológico de pacientes com Acidente Vascular Encefálico atendidos na Clínica Escola de Saúde do UNIFOR – MG. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário de Formiga, UNIFOR-MG, 2013.
16. Silva B, Lin K. Perfil demográfico do Acidente Vascular Encefálico no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (Florianópolis, SC) entre os anos 2001 e 2012. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. Florianópolis, v. 45. n.2, p. 43-58. abr/jun. 2016.
17. Santos L, Walters C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 1, p.2749-2775 jan. 2020.

18. Leal L, Barbosa G, Crucio M, Souto K, SÁ A. Incidência e epidemiologia do Acidente Vascular Encefálico em idosos na região Centro-Oeste nos últimos cinco anos. Congresso Internacional De Envelhecimento Humano, Maceió, 2017.
19. Dutra M, Coural A, França I, Enders B, Rocha M. Fatores sócio-demográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2017.
20. Araújo A, Silva P, Moreira R, Bonilha S. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com acidente vascular encefálico atendidos no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da UNIPAR, campus sede. *Arquivos Ciências da Saúde Unipar*, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 35-42, jan./abr. 2008.
21. Neves J, Ferreira G, Conceição T. Relação entre o equilíbrio e a capacidade funcional em hemiparéticos. *Revista Brasileira de Neurologia*. Salvador (BA), v. 52, n. 2, p. 27-47, Abr/Mai/Jun. 2016.
22. Chaves M. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 372-382, 2000.
23. Carvalho I, Deodato L. Fatores de Risco do Acidente Vascular Encefálico. *Revista Científica da FASETE*, Bahia, ed. 2016, n. 11, p. 180-191, 2016.
24. Braun A, Herber V, Michaelsen S. Relação entre nível de atividade física, equilíbrio e qualidade de vida e, indivíduos com hemiparesia. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Santa Catarina. vol. 18, n.1, p. 30 – 34, jan/fev. 2012.
25. Bittencourt W, Neto E, Santana A, Arruda F, Lima E, Salício V. Estudo do Perfil, Equilíbrio e Prevalência de Quedas em Idosos com Sequela de Acidente Vascular Encefálico. *Revista UNOPAR Científica*. Ciências biológicas e da saúde, Londrina, v. 17, n. 4, p. 217-222, 2015.
26. Brito E, Rabinovich E. Desarrumou tudo! O impacto do Acidente Vascular Encefálico na família. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. vol.17. n.2. p.153-169. 2008.
27. Cardoso J, Miranda I, Paixão G. Efeitos da terapia baseada no conceito Bobath e da Terapia por Contenção Induzida na capacidade funcional de indivíduos sobreviventes de acidente vascular encefálico. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. 2020. v.4(2): 178-191.