

Perfil de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral internados em um centro de reabilitação

Profile of patients with sequelae of stroke in a rehabilitation center

Jéssica Carla Marques¹, Francine Aguilera Rodrigues Silva¹, Amanda Neris Martins¹, Francielle Sales Oliveira Perdigão¹, Cejane Oliveira Martins Prudente¹, Rayne Ramos Fagundes¹

RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) causa um impacto negativo nos indivíduos afetados e ocasiona alto número de mortes e internações no mundo. O AVC causa incapacidades funcionais, e a reabilitação na fase aguda ajuda a reduzir instalação de complicações secundárias e favorecer a independência. A medida de independência funcional (MIF) é um instrumento amplo para mensurar a capacidade funcional nesta fase de reabilitação. **Objetivo:** Avaliar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional de indivíduos com AVC internados em um centro de reabilitação em Goiânia-GO. **Método:** O estudo foi transversal, analisou o prontuário de pacientes internados de julho de 2016 a julho de 2018, foi coletado o perfil sociodemográfico e a MIF no primeiro dia de internação. **Resultados:** Foram analisadas 138 fichas, houve predominância do sexo masculino, mediana de idade de 61 anos, 70,3% tiveram AVC isquêmico, 89,9% apresentaram hemiplegia, 46,4% o lado esquerdo foi mais acometido, 84,1% utilizavam cadeiras de rodas. 51,4% eram casados, 36,2% tinham baixa escolaridade e 60,1% eram hipertensos e 55 de mediana da MIF destacando maior independência funcional nos cuidados pessoais, controle, esfinteriano e conhecimento social. **Conclusão:** O perfil dos pacientes com AVC internados foi caracterizado por indivíduos do sexo masculino, baixa escolaridade e renda, idade avançada, altos índices de incapacidade funcional, alterações na marcha, espasticidade, hemiplegia e disfagia. Conhecer o perfil dos indivíduos com AVC ajudará a compreender suas causas e guiar políticas de prevenção, permitindo melhor qualidade de vida, rápida recuperação e reinserção às atividades de vida diária e à vida profissional.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Modalidades de Fisioterapia, Centros de Reabilitação

ABSTRACT

Stroke is a public health problem due to its negative impact on the affected individuals, causes a high number of deaths and hospitalizations worldwide. Stroke causes functional disabilities, and acute phase rehabilitation is critical to reduce secondary complications and promote independence. The Functional Independence Measure (FIM) is a broad instrument to measure functional capacity during this rehabilitation phase. **Objective:** The study aims to evaluate the sociodemographic, clinical and functional profile of stroke patients hospitalized at a rehabilitation center in the city of Goiânia-GO. **Method:** The study was cross-sectional, the medical charts of hospitalized patients were analyzed from July 2016 to July 2018, the sociodemographic profile and FIM were collected on the first day of hospitalization. **Results:** 138 medical charts were analyzed, males were majority, median age was 61 years, 70,3% had ischemic stroke, 89,9% presented hemiplegia, in 46,4% the left side was more affected, 84,1% of them used wheelchairs. 54,4% were married, 36,2% had low schooling and 61,1% were hypertensive. **Conclusion:** The profile of hospitalized stroke patients was characterized by males, low schooling, low income, advanced age, high functional disability, gait changes, spasticity, hemiplegia, dysphagia. Knowing the profile of individuals with stroke will help to understand their causes and guide prevention policies, allowing better quality of life, quick recovery and reintegration into daily life activities and professional life.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO

Correspondência

Jéssica Carla Marques

E-mail: fisioterapeuta_jessica@outlook.com

Submetido: 28 Março 2020.

Aceito: 07 Abril 2020.

Como Citar

Marques JC, Silva FAR, Martins AN, Perdigão FSO, Prudente COM, Fagundes RR. Perfil de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral internados em um centro de reabilitação. Acta Fisiatr. 2019;26(3):144-148.

DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v26i3a168160



© 2019 by Acta Fisiátrica
Este trabalho está licenciado com uma licença
Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Keywords: Stroke, Physical Therapy Modalities, Rehabilitation Centers

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o acidente vascular cerebral (AVC), causam grande número de mortes no mundo, afetam a qualidade de vida dos seus sobreviventes, e resultam em impacto econômico negativo aos indivíduos comprometidos, às suas famílias e à sociedade.¹

O AVC, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), se caracteriza pela perda repentina das funções neurológicas com complicações abruptas e aceleradas das atividades clínicas e focais cerebrais com duração superior a 24 horas, através da interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo, resultando em déficits neurológicos focais ou globais.^{2,3}

Ele é considerado um problema de saúde pública que ocasiona elevado número de internações e afeta milhares de pessoas em todo o mundo. Atualmente o AVC é considerado a quarta principal causa de morte no Brasil ficando atrás das doenças do coração, câncer e doenças respiratórias crônicas e é considerado a segunda causa de óbitos globalmente. É a terceira principal doença causadora de incapacidade, sendo que estudos evidenciam a importância da prevenção da doença, devido ao seu alto índice de mortalidade.⁴⁻⁶

Muitos fatores de riscos contribuem para a ocorrência do AVC, sendo eles a idade, raça, genética e sexo que são fatores não modificáveis. Porém, também existem fatores que podem causar o AVC, os quais podem ser identificados e tratados ou modificados, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças cardíacas, obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo.⁷

Indivíduos com AVC podem apresentar alterações neurológicas significativas como, déficit cognitivo e mental, alteração de propriocepção, prejuízos motores e sensitivos, déficits na marcha e no equilíbrio, afasia, perda da força muscular, dentre outros.⁸

Visto que esta patologia causa importantes disfunções e incapacidades funcionais, é fundamental o início da reabilitação dos pacientes já na fase aguda, pois, além de reduzir a instalação de complicações secundárias, favorece o aumento da independência do paciente, eleva a autoestima, e conseqüentemente colabora com os ganhos motores, funcionais e de autonomia do paciente.

A Medida de Independência Funcional (MIF) é provavelmente o instrumento mais amplo para mensurar a capacidade funcional durante este processo.⁹⁻¹¹

Há muito estudos que avaliam o perfil de pacientes com AVC.^{4,7,12,13} Porém, são escassos aqueles que analisam esse perfil em pacientes internados em centros de reabilitação, que avaliam como são estes indivíduos e o porquê desta população ser mais afetada por esta patologia.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional dos pacientes com acidente vascular cerebral internados em um centro de reabilitação na cidade de Goiânia-GO.

MÉTODO

O estudo foi quantitativo, retrospectivo e transversal. A amostra foi composta por pacientes com sequela de AVC, que foram internados para reabilitação em um centro estadual de reabilitação e readaptação de Goiânia-GO, e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Foram incluídos os prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de AVC, que foram internados no posto três, do serviço de internação da instituição de julho de 2016 a julho de 2018, e que tivessem a MIF preenchida no início da internação hospitalar. Foram excluídos os prontuários de pacientes com mais de um episódio de

AVC, com doenças neurológicas associadas ou qualquer outra doença incapacitante prévia.

A instituição é composta por uma equipe multiprofissional para o atendimento destes pacientes, os quais ficam internados, em média, por 30 dias. Dentre os tratamentos recebidos, a fisioterapia é composta por 2 sessões diárias de 30 minutos, 5 vezes por semana, realizadas no ginásio da instituição, e cada conduta é desenvolvida de forma individualizada.

Foi utilizada uma ficha de perfil sociodemográfico e clínico, e a MIF para a coleta dos dados no prontuário. A ficha de perfil sociodemográfico e clínico foi composta por informações pessoais dos pacientes (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação das variáveis qualitativas utilizadas

Variável	Categorias (variáveis qualitativas)
Sexo	Feminino/ Masculino
Estado civil	Solteiro /Casado / Divorciado / União estável / Outros
Escolaridade	Ensino fundamental completo/ Ensino fundamental incompleto/Ensino médio completo/ Ensino médio completo/ Ensino superior completo/ Ensino superior Ensino superior incompleto/Pós-graduação/ Não alfabetizado/ Não informado
Renda	Salários mínimos
Idade	Anos
Tempo de lesão	Dias
MIF inicial	Pontos
Tipo de AVC	Isquêmico / Hemorrágico
Diagnóstico funcional	Hemiplegia /Tetraplegia
Lado acometido	Direito / Esquerdo
Tipo de tônus	Flácido /Espástico / Normal / Não relatado
Afasia, disfagia, disartria, incontinência fecal, incontinência urinária, marcha, cadeira de rodas e hipertensão arterial sistêmica	Sim / Não

A MIF é um instrumento utilizado para avaliar a incapacidade de pacientes que tenha uma restrição funcional de origem variada. São avaliadas atividades de autocuidado, transferências, comunicação e cognição social, controle esfinteriano, locomoção, memória, interação social e resolução de problemas.

Ela avalia de forma quantitativa a carga de cuidados demandada a uma pessoa para a realização de uma série de atividades de vida diária, sendo elas motoras ou cognitivas. Cada atividade avaliada recebe uma pontuação de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), assim, sua pontuação total varia de 18 a 126. Quanto maior o escore do indivíduo, maior a independência funcional.¹⁴⁻¹⁶

Inicialmente, a instituição forneceu uma lista com todos os pacientes internados de julho de 2016 a julho de 2018. Em seguida, o acesso aos prontuários foi realizado de forma eletrônica, e eles foram selecionados seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram coletados de outubro de 2018 a fevereiro de 2019.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha eletrônica do Excel e transferido para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 20.0) para a análise dos dados. Foi verificada a normalidade dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.

A descrição dos dados quantitativos foi feita por meio de mediana e percentis 25% e 75%, devido à distribuição não normal dos dados. Os dados categóricos, foram descritos como frequência.

Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o Comitê de Ética em Pesquisa, pelo fato de utilizar dados secundários dos pacientes (prontuários) e pela impossibilidade de contactá-los, visto que já receberam alta da internação; e a solicitação foi aceita. A pesquisa seguiu todas as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde e foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás sob o parecer CAAE: 99070718.5.0000.0037.

RESULTADOS

Foram analisados 189 prontuários, dentre os quais, 11 foram excluídos por apresentarem outras doenças neurológicas associadas, 32 foram excluídos por ter mais de um episódio de AVC, dois estavam faltando dados na ficha e seis com preenchimento incorreto e incompleto da MIF.

Ao final, foram coletados os dados de 138 pacientes com AVC que permaneceram internados de agosto de 2016 a agosto de 2018.

A maior parte dos participantes do estudo era do sexo masculino (58,7%), casados (51,4%), tinha ensino fundamental incompleto e recebia em média um a três salários mínimos por mês (63%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variáveis		N	%
Sexo			
	Feminino	57	41,3
	Masculino	81	58,7
Estado Civil			
	Solteiro	25	18,1
	Casado	71	51,4
	Divorciado	16	11,6
	União Estável	10	7,2
	Viúvo	16	11,6
Escolaridade			
	Ensino fundamental incompleto	50	36,2
	Ensino fundamental completo	9	6,5
	Ensino médio incompleto	4	2,9
	Ensino médio completo	18	13
	Ensino superior incompleto	6	4,3
	Ensino superior completo	20	14,5
	Pós-graduação	1	0,7
	Não alfabetizado	13	9,4
	Não informado	17	12,3
Renda			
	1 salário mínimo	45	32,6
	2-3 salários mínimos	42	30,4
	Mais de 4 salários mínimos	23	16,7
	Não relatado	28	20,3

A mediana de idade foi de 61 anos, do tempo de lesão foi de 65 dias e da pontuação total da MIF inicial foi de 55 pontos, sendo que, as categorias cuidados pessoais, controle esfinteriano e conhecimento social, obtiveram as maiores medianas (Tabela 2).

Tabela 2. Idade, dados clínicos e funcionais dos participantes

Variáveis	N	Mediana	25% - 75%
Idade (em anos)	138	61	49,75 - 69,00
Tempo de lesão (em dias)	137	65	43 - 153
MIF inicial total	138	55	35 - 71
Cuidados pessoais	138	15	9,75 - 21
Controle esfinteriano	138	10	04 - 12
Mobilidade	138	6,5	3 - 9
Locomoção	138	2	2 - 4
Comunicação	138	9	6 - 12
Conhecimento social	138	11	7 - 14

O tipo de AVC mais frequente foi o isquêmico (70,3%), a maioria apresentou hemiplegia (89,9%), sendo o lado esquerdo predominantemente comprometido (46,4%), o tipo de tônus mais apresentado foi do tipo espástico (44,2%), a maioria não apresentava

afasia (53%), nem disartria (65,9%), nem incontinência fecal (75,4%) ou incontinência urinária (58%). A maioria apresentou disfagia (51,4%), hipertensão arterial sistêmica (60,1%), não deambulava (55,8) e fazia uso de cadeira de rodas (84,1%) (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização funcional dos participantes

Variáveis	N	%	
Tipo de AVC			
	Isquêmico	97	70,3
	Hemorrágico	40	29,7
Diagnóstico funcional			
	Hemiplegia	124	29,3
	Tetraplegia	14	10,1
Lado acometido			
	Direito	60	43,5
	Esquerdo	64	46,4
Tipo de tônus			
	Flácido	3	2,2
	Espástico	61	44,2
	Normal	50	36,2
	Não relatado	24	17,4
Afasia			
	Sim	58	42
	Não	80	53
Disartria			
	Sim	47	34,1
	Não	91	65,9
Disfagia			
	Sim	71	51,4
	Não	67	48,6
Incontinência fecal			
	Sim	34	24,6
	Não	104	75,4
Incontinência urinária			
	Sim	58	42
	Não	79	58
Marcha			
	Sim	35	25,4
	Não	77	55,8
	Não relatado	26	18,8
Cadeira de rodas			
	Sim	116	84,1
	Não	22	15,9
Hipertensão arterial sistêmica			
	Sim	83	60,1
	Não	14	10,1
	Não relatado	39	28,3

DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes com AVC internados de julho de 2016 a julho de 2018 foi composto por indivíduos predominantemente do sexo masculino, casados com baixa renda e idade mais avançada, com alterações na marcha, hemiplegia, espasticidade e disfagia.

O crescente número de casos de AVC está relacionado ao aumento das doenças cardiovasculares, sendo a HAS e a DM apontadas como importantes causas da patologia.

O aumento da idade da população também tem se apresentado como importante fator de risco em indivíduos com idade maior que 60 anos.

A idade mediana encontrada neste estudo foi de 61 anos, corroborando com outros estudos que mostram idades semelhantes ou com pouca variação, em que o AVC foi mais predominante em adultos com idades mais avançadas.¹⁷⁻¹⁹

Os participantes deste estudo eram a maioria do sexo masculino, corroborando com o encontrado em outros estudos,^{1,12,20} isso pode

ser justificado pelo fato de que um dos maiores fatores de risco para o AVC é a HAS e ela é mais predominante no sexo masculino.^{21,22}

A maioria destes indivíduos eram de baixa renda e com ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade resulta em baixo rendimento socioeconômico e pouco acesso às informações sobre os fatores de riscos etiológicos, consequentemente acarreta menor prevenção à doença e em sua maior incidência, tal resultado se assemelha ao encontrado na literatura.^{20,23}

Pode-se observar maior predominância do acidente vascular cerebral do tipo isquêmico (AVCI), sendo que uma de suas principais causas também é a HAS, que foi encontrada em 61,1% dos participantes desse estudo. O ACVI ocorre devido à falta de irrigação sanguínea no cérebro ocasionada por uma obstrução arterial, comum em hipertensos, sendo a HAS o maior e principal preditivo para o AVCI.²⁴

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, pode-se perceber que 46,4% dos indivíduos afetados apresentaram hemiplegia à esquerda, ou seja, tiveram lesão no hemisfério contralateral (direito). Tal resultado é divergente do relatado na literatura, visto que a ocorrência da patologia cérebro vascular no lado esquerdo pode estar relacionado a anatomia dos vasos carotídeos.

A artéria carótida direita origina-se no tronco braquiocéfálico e a esquerda origina-se diretamente no arco ártico correndo assim em linha reta. A energia de esvaziamento sistólico poderá ser maior na carótida esquerda, consequentemente ocorrendo altas forças de cisalhamento.²⁵

A afasia é decorrente de uma lesão no cérebro frequentemente ocasionada pelo AVC no hemisfério esquerdo,²⁶ justificando o fato de a maioria dos pacientes avaliados não apresentarem esta disfunção.

Os dados da MIF coletados foram referentes no início da internação do paciente no centro de reabilitação, isto é, em sua fase inicial de recuperação funcional, logo a maioria dos pacientes possuía sequelas referentes a locomoção, 55,8% não apresentavam marcha e 84,1% faziam o uso de cadeira de rodas.

Isso pode ser explicado pelo fato de que pacientes com AVC em geral apresentam déficit no controle do tronco, alteração no tônus muscular, caracterizado por flacidez, logo após a lesão, e a progressão para tônus espástico ocorre na maioria dos casos, porém num período posterior ao avaliado na maioria dos pacientes.^{24,27}

Distúrbios na fala ocorrem devido a lesões no sistema nervoso central ou periférico que gera alteração na emissão da voz, sendo uma sequela geralmente comum em lesões cerebrais não progressivas.

Alguns estudos demonstram a correlação da disartria e do AVC no qual a maioria apresentava o distúrbio, discordando do presente estudo onde a maioria dos indivíduos estudados não apresentaram disartria. Esta discordância de resultados pode ser devido a preenchimento incorreto e/ou incompleto dos prontuários.^{28,29}

A incontinência urinária (IU) é comumente apresentada nos pacientes com doenças neurológicas, em especial nos indivíduos com AVC, devido as lesões que podem ocorrer nas estruturas do encéfalo responsáveis pelo controle da micção, explicando sua alta incidência.^{30,31}

Outro estudo, que também avaliou pacientes com AVC internados para reabilitação neurológica, observaram a alta incidência da IU em indivíduos com AVCI,³¹ no presente estudo 42% dos indivíduos apresentaram esta disfunção, não sendo a maioria mais apresentando uma quantidade elevada.

Indivíduos com AVC podem apresentar incontinência fecal, que pode ocorrer através de afecções que acontecem no cérebro e em suas conexões podendo interferir no funcionamento intestinal, alterando a peristalse e eliminação das fezes.³² Porém, assim como identificado neste estudo, não há muitos relatos na literatura da presença de incontinência fecal nesse grupo de pacientes.

Intervenções com a participação de equipes multiprofissionais na reabilitação dos indivíduos com AVC buscam devolver a autonomia para realização das atividades de vida diária e melhorar a qualidade de vida, visto que esses pacientes têm uma significativa redução da capacidade funcional.^{8,33}

No presente estudo a mediana da MIF inicial foi de 55 pontos, mostrando uma maior dependência dos indivíduos nesta fase, corroborando com vários outros estudos^{8,33,34} que apresentarem resultados semelhantes.

Por meio dos resultados obtidos na avaliação da MIF inicial deste estudo, pode-se observar maior independência funcional dos pacientes nos cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade, comunicação e conhecimento social, corroborando com outros estudos,^{35,36} porém estes avaliaram a MIF antes e após uma intervenção.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes com AVC internados foi caracterizado por indivíduos do sexo masculino, com menor escolaridade, baixa renda e com idade mais avançada, além de altos índices de incapacidade funcional, alterações na marcha, espasticidade, hemiplegia e disfagia.

É importante conhecer o perfil dos indivíduos que são mais acometidos pelo AVC para melhor compreensão sobre suas causas e para guiar as políticas públicas de prevenção. Conhecer as principais sequelas é fundamental para auxiliar na orientação sobre os tratamentos, permitindo aos indivíduos afetados uma melhor qualidade de vida e sua rápida recuperação e reinserção em suas atividades de vida diária e de vida profissional.

Visto que a HAS é um fator de risco para o AVC e pode ser modificável, destaca-se a importância do tratamento e controle da doença. Faz-se necessário a criação de práticas educativas com abordagens das principais recomendações de mudança do estilo de vida, com foco principalmente nas populações de baixa renda, aumentando assim a prevenção desta patologia e, consequentemente, a prevenção do AVC.

Pode-se observar que apesar do alto índice de casos da doença e índice das morbimortalidade, são poucos os centros de tratamento com possibilidade de internação para tratamento intensivo de pacientes com AVC em nosso país, sendo importante a criação de novos centros para esse tipo de atendimento, visto que permite aos pacientes maiores chances de retornar as suas atividades do dia-a-dia e ter uma melhor qualidade de vida, auxiliar na redução também das taxas de mortalidade por AVC.

REFERÊNCIAS

1. Ponte AL, Fedosse E. Caracterização de sujeitos com lesão cerebral adquirida em idade produtiva. Rev CEFAC. 2016;18(5):1097-108. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618518415>
2. Mourão AM, Vicente LCC, Chaves TS, Sant'Anna RV, Meira FC, Xavier RMB, et al. Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na linha de cuidados. Rev Bras Neurol. 2017;53(4):12-7.
3. Ribeiro KSQS, Neves RF, Brito GEG, Moraes 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. Rev Bras Saúde. 2012;16(2):25-44. Doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2012.16.s2.05>
4. Locatelli MC, Furlaneto AF, Cattaneo TN. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital. Rev Soc Bras Clín Méd. 2017;15(3):150-4.
5. Moreira NRTL, Andrade AS, Ribeiro KSQS, Nascimento JA, Brito GEG. Qualidade de vida em indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral. Rev Neurocienc. 2015;23(4): 530-7. Doi: <https://doi.org/10.4181/RNC.2015.23.04.1036.08p>
6. Mendy VL, Mendy VL, Vargas R, Payton M, Sims JN, Zhang L. Trends in the stroke death rate among Mississippi adults, 2000-2016. Prev Chronic Dis. 2019;16:E21. Doi: <https://doi.org/10.5888/pcd16.180425>
7. Damata SRR, Formiga LMF, Araújo AKS, Oliveira EAR, Oliveira AKS, Formiga RCF. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. Rev Interd. 2016; 9(1):107-7.

8. Lima SM, Maldonade I. Avaliação da linguagem de pacientes no leito hospitalar depois do acidente vascular cerebral. *Distúrb Comun.* 2016;28(4):673-85.
9. Silva DCS, Nascimento CF, Brito LS. Efeitos da mobilização precoce nas complicações clínicas pós-avc: revisão da literatura. *Rev Neurocienc.* 2013;21(4):620-7. Doi: <https://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.891.8p>
10. Utida KAM, Batiston AP, Souza LA. Nível de independência funcional de pacientes após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação. *Acta Fisiatr.* 2016;23(3):107-12. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20160021>
11. Araújo JB, Cirne GNM, Lima NMFV, Cavalcanti FAC, Cacho EWA, Cacho RO. Sobrecarga de cuidadores familiares e independência funcional de pacientes pós-acidente vascular encefálico. *Rev Ciênc Méd Campinas.* 2016;25(3):107-13. Doi: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v25n3a2991>
12. Sarmiento SDG, Dantas RAN, Dantas DV, Oliveira SP, Henriques LMN, Costa IB. Perfil das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Cogitare Enferm.* 2017; 22 (2). Doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.49698>
13. Lopes Junior JEG, Freitas Junior JHA, Figueiredo ADJ, Santana FM. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na estratégia de saúde da família. *Rev Fisioter S Fun.* 2013;2(1):21-7.
14. Pereira ARR, Dantas DS, Torres VB, Viana ESR, Correia GN, Magalhães AG. Associação entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular encefálico. *Fisioter Pesq.* 2017;24(1):54-61. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16270824012017>
15. Costa VS, Silveira JCC, Clementino TCA, Borges LRDM, Melo LP. Efeitos da terapia espelho na recuperação motora e funcional do membro superior com paresia pós-AVC: uma revisão sistemática. *Fisioter Pesq.* 2016; 23 (4): 431-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15809523042016>
16. Riberto M, Miyazaki MH, Juca SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* 2004;11(2):72-6. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>
17. Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damascena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(S2):83-96. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060008>
18. Johann A, Bosco SMD. Acidente vascular cerebral em idoso: estudo de caso. *Cad Pedag.* 2015;12(1):78-86.
19. Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século xxi. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 98(6):519-27. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000041>
20. Silva IFG, Neves CFS, Vilela ACG, Bastos LMD, Henriques MILS. Viver cuidar após o acidente vascular cerebral. *Rev Enf Ref.* 2016;4(8):103-11. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
21. Malta DC, Santos NB, Pereill RD, Szwarcwald CL. Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. *São Paulo Med J.* 2016;134(2):163-70. Doi: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2015.02090911>
22. Mendonça LBA, Lima FET, Oliveira SKP. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? *Esc Anna Nery.* 2012;16(2): 340-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200019>
23. 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. *Rev Interfaces: Saúde, Hum Tecnol.* 2014;2(6):1-4.
24. Piassaroli CAP, Almeida GC, Luvizotto JC, Suzan ANBM. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. *Rev Neurocienc.* 2012;20(1):128-37.
25. Rodríguez Hernández SA, Kroon AA, van Boxtel MP, Mess WH, Lodder J, Jolles J, de Leeuw PW. Is there a side predilection for cerebrovascular disease? *Hypertension.* 2003;42(1):56-60. Doi: <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000077983.66161.6F>
26. Fontanesi SRO, Schimt A. Intervenções em afasia: uma revisão integrativa. *Rev CEFAC.* 2016;18(1):252-62. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161817715>
27. Lacerda NN, Gomes EB, Pinheiro HA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na estabilidade postural e risco de quedas em pacientes com sequela de acidente vascular encefálico: estudo piloto. *Fisioter Pesq.* 2013;20(1):37-42. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502013000100007>
28. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *Rev CEFAC.* 2011;13(2):330-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000097>
29. Ribeiro AF, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com disartria atendidos em hospital terciário. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(3):446-53. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342009000400004>
30. Leandro TA, Araujo TL, Cavalcante TF, Lopes MVO, Oliveira TMF, Lopes ACM. Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(6):924-32. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600007>
31. Pizzi A, Falsini C, Martini M, Rossetti MA, Verdesca S, Tosto A. Urinary incontinence after ischemic stroke: clinical and urodynamic studies. *Neurol Urodyn.* 2014;33(4):420-5. Doi: <https://doi.org/10.1002/nau.22420>
32. Dourado CC, Engler TMNM, Oliveira SB. Disfunção intestinal em pacientes com lesão cerebral decorrente de acidente vascular cerebral e traumatismo cranioencefálico: estudo retrospectivo de uma série de casos. *Texto & Contexto Enferm.* 2012; 21(4):905-11. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400022>
33. Medeiros CSP, Silva OP, Araújo JB, Souza DE, Cacho EWZ, Cacho RO. Perfil social e funcional dos usuários da estratégia saúde da família com acidente vascular encefálico. *Rev Bras Saúde.* 2017;21(3):211-20. Doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2017.21.03.04>
34. Scalazo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Rev. Neurociênc.* 2010;18(2):139-44. Doi: <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8480>
35. Monteiro RBC, Laurentino GEC, Melo PG, Cabral DL, Correia JCF, Salmela LFT. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após acidente vascular encefálico. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(7):2017-27. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700017>
36. Fernandes MB, Cabral DL, Souza RJP, Sekitani HY, Teixeira-Salmela LF, Laurentino GEC. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. *Fisioter Mov.* 2012;25(2):333-41. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000200011>