

Características das pessoas com acidente vascular encefálico atendidas em um centro de referência estadual

Characteristics of encephalic vascular accident patients treated at a state reference center

Características de las personas con accidente cerebrovascular atendidas em um centro de rehabilitación

Andréa Regina Schuch Grumann¹; Soraia Dornelles Schoeller²; Alessandra Cadete Martini³; Stefânia Forner⁴; Giovanni Carlos Baroni⁵; Bianca Dana Horongozo⁶

Como citar este artigo:

Grumann ARS; Schoeller SD; Martini AC; et al. Características das pessoas com acidente vascular encefálico atendidas em um centro de referência estadual. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):315-320. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.315-320>

ABSTRACT

Encephalic Vascular Accident is a clinical sign of brain dysfunction and it might result in permanent and irreversible lesions. **Objective:** defined the characteristics such as age, sex and date of the first treatment at a Santa Catarina State's Rehabilitation Center. **Methods:** This is a quantitative cross-sectional descriptive study. The Ethnics in Human Research (CEPSH), the Pro Rector for Research and Extension Federal University

- ¹ Fisioterapeuta desde 2006, graduada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Especialista em Fisioterapia Cardiorespiratória pelo Centro de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde (INSPIRAR). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) na área de concentração em Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem e linha de pesquisa em Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Crônicas. Atua na área hospitalar e ambulatorial com atendimentos, avaliações e prescrições fisioterapêuticas.
- ² Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1984), mestrado em Concentração Saúde Pública pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (1991) e doutorado em Filosofia da Saúde e Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001). Atualmente é professora e coordenadora do curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, professora da pós graduação em enfermagem UFSC e pesquisadora dos Grupos de Pesquisa - GRUPO PRAXIS e NUCRON. Desenvolve atividades de pesquisa e extensão voltadas à reabilitação, especialmente de pessoas com lesão medular.
- ³ Atualmente faz pós-doutorado na Universidade da Califórnia - Irvine, no laboratório do Dr. Frank LaFerla. Graduada em Farmácia (2007), possui mestrado (2011) e doutorado (2015) em farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Realizou período de doutorado sanduíche na Duke University, EUA, sob orientação do prof. Dr. Ru-Rong Ji (2014).
- ⁴ Pós-doutoranda na Universidade de Califórnia, Irvine, no laboratório do Dr. Frank LaFerla com foco no efeito degenerativo sináptico na doença de Alzheimer. Possui doutorado (2015) e mestrado (2011) em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina e graduação em Farmácia (2008) pela mesma universidade. Tem experiência na área de farmacologia e neurociências, técnicas de biologia molecular e ensaios in vitro e in vivo. Realizou estágio de doutorado sanduíche com o Prof. Dr. Michael G. Fehlings no Krembil Neuroscience Centre da Universidade de Toronto/Canadá (2014).
- ⁵ Graduado em Educação Física pela Universidade do Contestado Campus de Concórdia (2006). Atua nas áreas de: atividade física, qualidade de vida, avaliação antropométrica e física, condicionamento físico, Psicologia Esportiva e Treinamento Desportivo Adaptado. É socio-proprietário de uma Academia e professor substituto na Universidade do Contestado - UnC.
- ⁶ Graduada em Fisioterapia pela Universidade do Vale do Itajaí (2010), especialista em Fisioterapia Dermatofuncional pelo IBRATE (2016) e atualmente é Mestranda em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Atua em uma clínica particular, na área de Distúrbios Respiratórios do Sono, Polissonografia Noturna Domiciliar, titulação e configuração de CPAP. Experiência em Pneumologia, ventilação mecânica, oxigenioterapia, ronco e alterações tissulares faciais.

of Santa Catarina, number 1024 reviewed this study. **Results:** Stroke affected 25,11% of women between 71-80 years old and 34,09% of the men aged between 61-70 years old. The most common consequence due to stroke was hemiplegia and the study observed that many patients only looked for proper treatment after several years post stroke.

Conclusions: The physical therapy is important, so patients can relearn daily tasks and furthermore reintegrate their social life.

Descriptors: Encephalic Vascular Accident, Rehabilitation, Physical Therapy, Hemiplegic.

RESUMO

Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma disfunção cerebral que causa lesões permanentes e irreversíveis. **Objetivo:** Avaliar as idades, os sexos e a data do primeiro atendimento das pessoas com AVE atendidas no centro de reabilitação do Estado de Santa Catarina. **Métodos:** É um estudo quantitativo, descritivo e transversal, sendo a coleta de dados realizada com base documental nos prontuários. O presente estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina de número 1024. **Resultados:** O AVE afeta 25,11% de mulheres entre 71-80 anos e 34,09% de homens entre 61-70 anos. Observou-se que a seqüela mais comum é a hemiplegia e que muitos somente procuravam tratamento após muitos anos de seqüelas. **Conclusão:** Os dados encontrados mostram a importância da terapia física para que os pacientes reaprendam tarefas diárias e auxilia na reintegração social.

Descritores: Acidente Vascular Encefálico, Reabilitação, Fisioterapia, Hemiplegia.

RESUMEN

El Accidente Cerebrovascular (ACV) es un signo clínico de disfunción cerebral e ocasiona lesiones cerebrales permanentes e irreversibles. **Objetivo:** Evaluar las edades, sexos y la fecha del tratamiento inicial de los pacientes con accidente cerebrovascular tratados en el centro de rehabilitación en el estado de Santa Catarina. **Métodos:** El estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Este estudio fue revisado por el Pro Rector de Investigación y Extensión de la Universidad Federal de Santa Catarina para la Investigación Humana (CESPH). La recolección de datos se basó en registros documentales de las personas atendidas en el Centro de Rehabilitación del Estado de Santa Catarina, entre 2000-2009. **Resultados:** El AVC afecta 25.11% de las mujeres de 71-80 años y el 34,09% de los varones de 61-70 años. La hemiplejía es secuela más común. El estudio destaca que muchos pacientes buscan tratamiento sólo después de muchos años de secuela. **Conclusión:** Nuestros datos muestran la importancia de la terapia física, ya que permite que los pacientes pueden volver a aprender las tareas cotidianas.

Descritores: Accidente Vascular Encefálico, Rehabilitación, Fisioterapia, Hemiplejía.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o Acidente Vascular Encefálico (AVE), consiste num sinal clínico de rápido desenvolvimento, de perturbação focal da função cerebral, de suposta origem vascular e com mais de 24 horas

de duração.¹ O déficit neurológico do AVE pode ser transitório ou definitivo em uma área cerebral secundária à lesão vascular.² Um AVE transitório é caracterizado quando a perturbação focal for de curta duração, ou seja menos de 24 horas, sendo considerada, nestes casos, uma disfunção reversível. Porém, quando esta perturbação persistir por mais de 24 horas, podem-se instalar lesões definitivas e irreversíveis no cérebro, caracterizado pela morte de grupo de neurônios.³

O AVE ocupa o terceiro lugar nas causas de morte nos países desenvolvidos, superando as ocasionadas pelas doenças cardíacas e pelo câncer, as quais são as principais responsáveis pelas mortes na população.⁴⁻⁵ Segundo indicadores do Ministério da Saúde, a taxa mortalidade decorrente de problemas circulatórios é 32,3%, liderando as causas de óbito no Brasil. O AVE é responsável por cerca de 1/3 das mortes.^{4,6} Acredita-se, em alguns estudos, que os riscos do AVE aumentam na população menos favorecida, bem como a ocorrência de morte pós Acidente Vascular Encefálico. Mais da metade dos pacientes tem entre seis e dez tipos de incapacidades, sendo que 77,4% apresentam fraqueza muscular.^{4,7}

No Brasil, entre 2008 e 2011, houve 424.859 hospitalizações de pessoas idosas com idades superiores a 60 anos que sofreram AVE e uma grande mortalidade. O risco do Acidente Vascular Encefálico aumenta com a idade.⁸ Os aprimoramentos científicos e tecnológicos têm proporcionado aumento da sobrevivência da população, com isso as pessoas ficam suscetíveis aos problemas e às morbidades decorrentes de doenças crônicas. O envelhecimento acelerado da população brasileira aumenta a necessidade de cuidados em saúde de idosos, principalmente naqueles acometidos por problemas especiais, como os portadores de AVE. Cerca de 85% dos pacientes sobrevivem ao AVE, vivendo com suas seqüelas. Após um AVE, 50 a 70% dos pacientes podem se tornar independentes funcionalmente, mas 15 a 30% evoluem com incapacidades permanentes.⁹⁻¹⁰

Os fatores de risco para o AVE são: a idade, a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, as cardiopatias, a hiperglicemia, o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o sexo, a raça e má alimentação.^{2,5} Sendo a hipertensão arterial a principal causa de AVE, correspondendo a 70% de todos os quadros vasculares cerebrais. O segundo maior fator de risco são as doenças cardíacas, especialmente os quadros ateroem-bólicos e embólicos.⁷

Ademais, o AVE pode ocorrer pela oclusão de um vaso ou por uma ruptura vascular. No primeiro caso, há uma isquemia e infarto do local, onde não ocorre o recebimento de nutrientes indispensáveis ao metabolismo pelas células. Quando um tecido cerebral é privado do fornecimento do sangue arterial, segue-se um sofrimento celular que, conforme sua intensidade, poderá manifestar-se através de uma perturbação funcional. Já a ruptura vascular provoca uma hemorragia subaracnóide ou intraparenquimatosa, tendo como principal causa a hipertensão arterial sistêmica.^{3,7,11}

A localização e a extensão da lesão determinam o quadro neurológico apresentado por cada paciente e seu apare-

cimento é normalmente repentino, oscilando entre leves ou graves, podendo ser temporários ou permanentes.^{3,10}

O quadro clínico do AVE pode ser dividido em agudo, pela hipotonia, e crônico, pela espasticidade, flexora em membro superior e extensora em membro inferior. Logo após o AVC, o hemisfério afetado apresenta um estado de flacidez sem movimento voluntário, ou seja, o tônus é baixo para iniciar um movimento, não há resistência ao movimento passivo e o indivíduo é incapaz de manter o membro em qualquer posição. Evolui, posteriormente, para a hipertonia, onde há uma aumento da resistência ao movimento passivo, sendo típico de padrões espásticos. Nestes casos, há uma intensa contração muscular e o retorno imediato à posição original quando a força imposta é cessada.^{3,12}

Como o AVE ocasiona alterações cognitivas e neuromusculares e também problemas psicoemocionais e socioeconômicos, é imprescindível a atuação de diversos profissionais da área da saúde para assistência adequada e integral ao paciente. Muitos deles requerem cuidados intensivos por um longo período, com isso necessitam de uma equipe multiprofissional para seu tratamento e recuperação.¹³

Os cuidados da Enfermagem são importantes nestes casos, pois auxiliam na prevenção de complicações, promovem os processos de readaptação após a doença, procuram satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária. Juntamente com a Enfermagem, a Fisioterapia exerce papel fundamental na recuperação deste indivíduo, uma vez que essa área tem o papel de preservar, manter, desenvolver ou recuperar a integridade dos órgãos, sistemas ou funções acometidas pelo AVE, levando assim a reintegração social, familiar e retorno ao trabalho.^{2,14} Este estudo teve por objetivo caracterizar as pessoas que sofreram Acidente Vascular Encefálico e foram atendidas em um centro de reabilitação de referência do Estado de Santa Catarina quanto a idade, o sexo, a data do primeiro atendimento e as principais sequelas encontradas. Os pacientes analisados sofreram AVE no período de 1967 a 2010. Os dados foram coletados entre os anos de 2000 a 2010. Parte da premissa de que o conhecimento de quem são estas pessoas e as principais sequelas deixadas pelo AVE qualifica o cuidado em saúde, tornando-o mais voltado às necessidades de cada um. Também preenche uma lacuna do conhecimento no Brasil sobre algumas características epidemiológicas de pessoas que sofreram Acidente Vascular Encefálico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal. A coleta de dados foi com base documental nos prontuários das pessoas atendidas no centro de reabilitação do Estado de Santa Catarina, entre os anos de 2000 a 2009, cuja causa primária de entrada neste centro foi ter sofrido Acidente Vascular Cerebral. A mesma ocorreu no período de janeiro a julho de 2011 e os dados coletados foram os disponibili-

zados no prontuário. O estudo analisou os dados de acordo com a idade, sexo, sequelas, data da lesão e do primeiro atendimento. Para organização, tabulação e estatística dos dados foi utilizado o programa GraphPad Prism® 5 (GraphPad Software Inc., San Diego, CA). Os dados foram analisados com base em análises estatísticas descritivas uni e bivariadas.

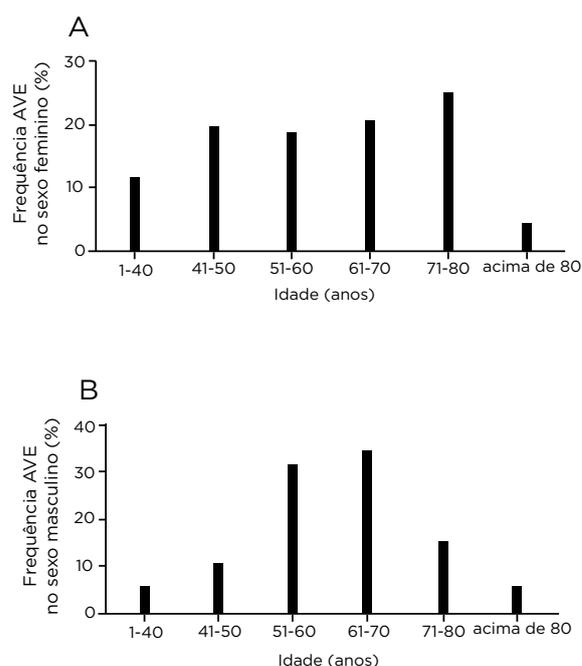
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC sob parecer de número 1024 de 07/10/10. A pesquisa foi financiada pela FAPESC através contrato de número 24.334/2010-5.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo AVE consiste num comprometimento súbito da função encefálica, causado por inúmeras alterações histopatológicas, envolvendo um ou vários vasos sanguíneos intracranianos e extracranianos.^{2,5} Foram avaliados 443 prontuários de pessoas atendidas em um Centro de Reabilitação de Santa Catarina e que haviam sofrido Acidente Vascular Encefálico (AVE). Ao observar os documentos, notou-se que alguns apresentavam AVE há muito tempo, as datas variavam de 1967 a 2010. Destes 443 pacientes, 223 pertenciam ao sexo feminino e 220 ao masculino.

As idades dos pacientes avaliados, na época que sofreram AVE, variavam de 4 a 93 anos, totalizando uma média de 59,74 anos. Observou-se que entre as mulheres (Figura 1A), dos 71-80 anos, há uma predominância de 25,11% em sofrer AVE, enquanto nos homens (Figura 1B) ocorre entre os 61-70 anos (34,09%).

Figura 1 - Prevalência de AVE nas idades estudadas no sexo feminino (1A) e masculino (1B)



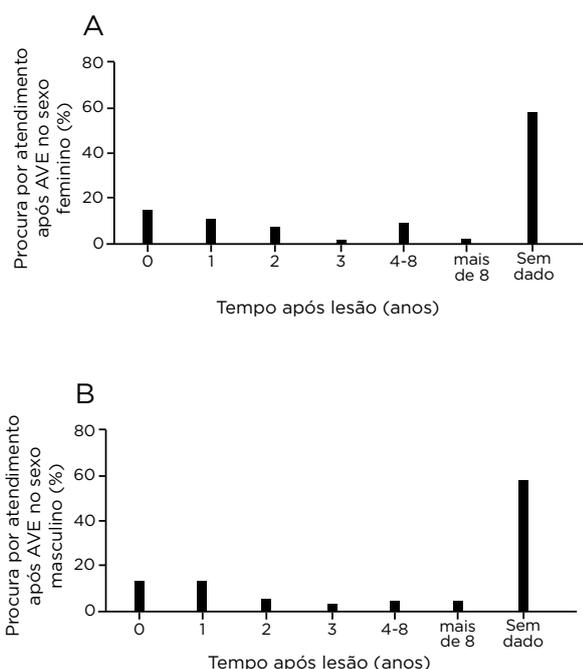
Os homens têm maior propensão a serem acometidos pelo AVE. Esse dado não condiz com o encontrado neste

estudo, uma vez que dos 443 prontuários analisados, 223 pertenciam ao sexo feminino, enquanto 220 ao masculino.^{2,5}

Por outro lado, neste trabalho, observou-se que as mulheres têm maiores chances de sofrerem AVE nas idades mais avançadas, ou seja, há uma predominância maior entre 71 e 80 anos (25,11%), enquanto os homens são acometidos pelo AVE mais cedo entre os 61 e 70 anos (34,09%), confirmando com os dados encontrados na literatura. Segundo a pesquisa bibliográfica realizada, os homens até os 51 anos sofrem AVE com maior frequência, após este período, ambos os sexos apresentam riscos semelhantes. O risco de sofrer o Acidente Vascular Encefálico é maior após os 65 anos, dobrando a cada década após os 55 anos.⁴ Outro fator que aumenta o risco de AVE é a baixa condição econômica, quanto mais pobre for a população, mais suscetível estará para o Acidente Vascular Encefálico, nestes casos, também aumentam o risco de morte.¹³

Em relação ao tempo decorrido entre o momento do AVE e o primeiro atendimento, observou-se que as mulheres (Figura 2A) procuram auxílio mais precocemente que os homens, sendo que, dentre as estudadas, 14,79% procuraram atendimento no ano que sofreram AVE e 10,31% no ano seguinte. Já dentre os homens (Figura 2B), 12,7% procuraram atendimento logo após terem sofrido o AVE, enquanto 13,18% somente no ano seguinte. Existem indivíduos no estudo que levaram 25 e 30 anos para procurarem atendimento. Ao realizar a média de idade dos indivíduos que receberam atendimento precoce, não se encontrou diferenças significativas, no sexo feminino, a média de idade foi 65,81 e nos homens 66,44. Como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Porcentagem de pessoas que procuram algum tipo de atendimento após AVE



Porém, sabe-se que a reabilitação precoce é importante para a recuperação de sequelas no AVE. Portanto, deve ser iniciada no meio intra-hospitalar com o objetivo de estimular o paciente, e auxiliar na recuperação das funções perdidas, adaptando-o à sua nova condição, para que dessa maneira possa reassumir suas atividades na sociedade. A reabilitação tem a função de maximizar a recuperação funcional, visando o maior nível de independência dentro das limitações impostas pela patologia e pelo ambiente, como também ensinar ao doente a aquisição de uma postura correta no leito, na cadeira, recuperar a marcha, o equilíbrio e a coordenação.²⁻³

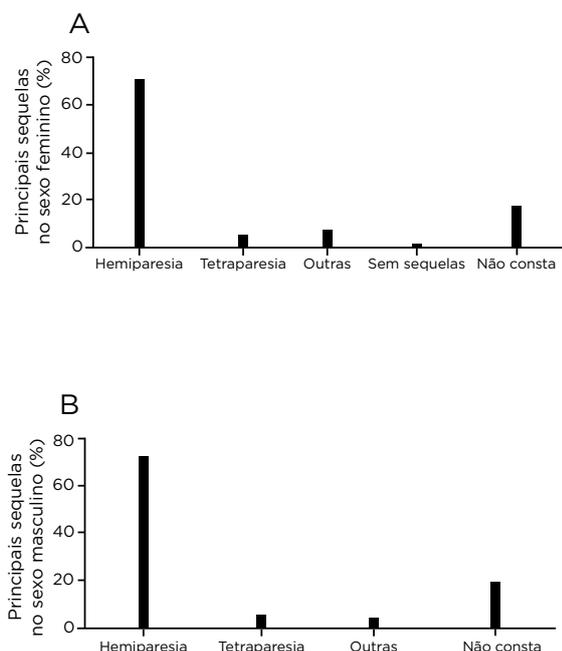
A reabilitação deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, sempre que possível com envolvimento de familiares e amigos, pois as repercussões psicossociais atingem não somente o paciente, mas todo o universo familiar, podendo trazer problemas complexos, como custos financeiros, desgaste físico, estresse emocional, diminuição da atividade produtiva e prejuízo da vida social. Portanto, é importante um processo de adaptação da família a esse indivíduo e a sua nova situação.^{3,15}

Na figura 3 observam-se as sequelas encontradas no sexo feminino e masculino após o AVE. Ao analisar a figura 3A, nota-se que 70,85% das mulheres do estudo apresentavam hemiparesia, destas, 40,35% à direita e 30,5% à esquerda. A tetraparesia estava presente em 4,9% indivíduos. E nos 6,72% restantes encontraram-se outras sequelas como: distonia em MSE, amputação em MIE, aneurisma, cefaléia, epilepsia, sequelas neuropáticas, osteoartrite, dor em ombro e paralisia facial. Somente 0,45% não possuíam sequelas neuromusculares, no entanto, 17,04% dos prontuários não continham essa informação.

Já a figura 3B mostra as sequelas encontradas nos homens após sofrerem AVE.

Observa-se que o número de hemiparéticos é maior em relação às mulheres, encontrou-se 72,27% com hemiparesia, sendo 34,09% à direita e 38,18% à esquerda. A tetraparesia estava presente em 5% dos casos. Em 3,63% apresentaram outras sequelas, como: síndrome cerebelar, confusão mental, amputação tibia direita, epilepsia, hematoma cerebral e osteoartrite. E 19,09% não tinham esse dado no prontuário. Todos avaliados possuíam alguma sequela.

Figura 3 - Sequelas encontradas no sexo feminino e masculino após o AVE (A e B, respectivamente)



Segundo a literatura, a hemiparesia consiste numa fraqueza muscular em um dos lados do corpo, sendo a sequela mais encontrada nos pacientes que sofreram AVE, o comprometimento do membro superior ocorre em 85% dos casos, e em três meses, se mantém em 55 a 75% dos pacientes.¹⁶ A hemiplegia consiste na paralisia do hemicorpo contralateral à lesão, sendo comum em ambos os tipos de AVE, isquêmico ou hemorrágico, sendo de início rápido e brutal. No isquêmico instala-se subitamente em alguns minutos ou horas. Em caso de hemorragia, a ocorrência é acompanhada de cefaleias intensas, vômitos e perda de consciência breve, podendo prolongar-se para o coma.³

No presente estudo, observou-se que poucos pacientes relataram dor no ombro. Esse dado confronta as pesquisas na área, pois os trabalhos mostram que, de forma geral, muitos pacientes com AVE queixam-se de dor. A dor na articulação do ombro é uma das mais comuns e, talvez, uma das mais limitantes.¹⁷

Os pacientes que sofreram AVE apresentam, também, distúrbios no controle do tronco, decorrentes de problemas posturais e da apraxia, que são respectivamente associadas a lesões em hemisfério cerebral direito e esquerdo. O controle do tronco é essencial para a independência em atividades funcionais básicas, como a mobilidade no leito e a sedestação. Portanto, após uma lesão encefálica, tanto os movimentos voluntários de membros como a atividade muscular estabilizadora encontram-se comprometidos.¹⁸

Após o AVE os indivíduos permanecem um tempo maior acamados, reduzindo a capacidade e os volumes pulmonares, diminuição esta, podendo ser de 25 a 50% dos índices esperados. Estas alterações respiratórias são frequentemente

observadas, sendo caracterizadas pelo comprometimento da mecânica pulmonar e diminuição da força muscular respiratória, principalmente naqueles que permanecem mais de 50% dos dias restritos ao leito.²

Existem dados que relatam que 23% dos indivíduos que sofreram AVE morreram nos sete dias seguintes, 31% nas três próximas semanas e 48% antes do final do primeiro ano após o AVE. A recuperação segue uma curva ascendente entre os três e os seis meses, cerca de 85% a 90% recuperam-se entre os 12 e 18 meses. Estudos demonstram que só uma pequena parcela consegue regressar ao trabalho, em consequência das sequelas físicas e cognitivas que limitam a ação do indivíduo.³

Após a hospitalização inicial, 80% dos sobreviventes do AVE retornam à sociedade. Estes, no entanto, continuam requerendo cuidados especiais, geralmente fornecidas pelas famílias. O prognóstico funcional ou recuperação das funções alteradas na lesão cerebral dependem do tipo, extensão e gravidade da lesão.^{3,5}

Por isso várias modalidades terapêuticas têm sido preconizadas, todas objetivando amenizar o grau de lesão neuronal que ocorre após a oclusão ou sangramento arterial. Sendo assim, nas últimas décadas, uma enorme quantidade de recursos tem sido investida em pesquisa, no mundo todo, na tentativa de reduzir a mortalidade e morbidade dos Acidentes Vasculares Encefálicos.⁵ Sendo o cuidador fundamental para a reabilitação e para o atendimento às necessidades físicas cotidianas do portador de AVE.¹⁹

CONCLUSÃO

Nota-se, neste estudo, que muitos indivíduos que sofreram Acidente Vascular Cerebral não recebem atendimento imediato e realizam a reabilitação tardiamente. A Fisioterapia precoce é muito importante para o paciente reaprender certas tarefas perdidas ou esquecidas, e dessa maneira reintegrar-se socialmente. É importante, também, um contínuo atendimento e acompanhamento pela Enfermagem, pois são estes que passam um maior tempo com o paciente. O que faz a diferença no tratamento é o trabalho disciplinado, ético e coerente de todos os profissionais envolvidos com o doente.

Ademais, esse estudo é importante para todas as profissões, mas para a Fisioterapia principalmente, para a Fisioterapia Neurológica e para a Enfermagem, pois se observa que quanto mais precoce o paciente for mobilizado, melhor será sua recuperação e sua qualidade de vida, como também é imprescindível o cuidado geral e a prevenção de complicações decorrentes da doença. Em virtude das informações coletadas neste trabalho basearem-se em dados contidos nos prontuários e nem todos os pacientes obtiveram uma avaliação detalhada, dificultou a tabulação dos dados.

ABREVIATÓES

AVE: Acidente Vascular Encefálico; AVC: Acidente Vascular Cerebral; UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina; FAPESC: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina; MSE: Membro Superior Esquerdo; MIE: Membro Inferior Esquerdo.

REFERÊNCIAS

1. Lima MSDSM. Acidente Vascular Cerebral: conhecimento dos alunos do 3 ano do curso de Licenciatura em Enfermagem; Porto: Escola Superior de Saúde, Universidade Fernando Pessoa; 2009.
2. Motta E, Natalio MA, Waltrick PT. Intervenção Fisioterapêutica e tempo de internação em pacientes com Acidente Vascular Encefálico; *Rev Neurocienc.* 2008; 16 (2): 118-23.
3. Cancela DMG. O Acidente Vascular Cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação [dissertação]; Porto: Universidade Lusíada de Porto; 2008.
4. Paixão CT, Silva LD. Características de Pacientes Disfágicos em Serviço de Atendimento Domiciliar Público; *Rev Gaúcha de Enferm.* 2010; 31 (2): 262-69.
5. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico; *Ciência &Saúde Coletiva.* 2008; 13(4): 1175-80.
6. Bhatnagar P, Scarborough P, Smeeton NC, Allender S. The incidence of all stroke and stroke subtype in the United Kingdom, 1985 to 2008: a systematic review; *BMC Public Health.* 2010; 10: 539.
7. Correia ALF. Factores Genéticos de risco para Acidente Vascular Cerebral Jovem [dissertação]; Aveiro: Universidade de Aveiro; 2011.
8. Rodrigues RA, Marques S, Kusumota L, dos Santos EB, Fhon JR, Webbe F. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital to the home; *Rev. Latino Am. Enfermagem.* 2013; 21: 216-24.
9. Morais HCC, Holanda GF, Oliveira ARS, Costa AGS, Ximenes CMB, Araujo TL. Identificação do Diagnóstico de Enfermagem “Risco de Quedas em Idosos com Acidente Vascular Cerebral; *Rev Gaucha de Enferm, Porto Alegre.* 2012; 33(2):117-24.
10. Mota JF, Nicolato R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral – instrumento de avaliação e seus resultados; *J Bras Psiquiat.* 2008; 57(2): 148-56.
11. Neves PP, Sissy VF, Fukujima MM, Matas SLA, Prado GF. Profissionais da saúde, que assistem pacientes com acidente vascular cerebral, necessitam de informação especializada; *Rev Neurociencia* 2004; 12(4): 173-81.
12. Adams et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke; *American Heart Association.* 2011; 34: 1056-83.
13. Pompeu SMAA, Pompeu JE, Rosa M, Silva MR. Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós acidente vascular cerebral; *Rev. Neurociencia* 2011; 19 (4): 614-20.
14. Lima MSDSM. Acidente Vascular Cerebral: conhecimento dos alunos do 3 ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa [dissertação]; Porto: Escola Superior de Saúde, Universidade Fernando Pessoa; 2009.
15. Duncan et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline; *American Heart Association.* 2008; 36: 100-43.
16. Conforto AB, Ferreira JR. Neuroestimulação e reabilitação motora no acidente vascular cerebral; *ComCiencia.* 2009; n 109.
17. Barbosa MTLMJ. Custos e Efectividade da Reabilitação Após Acidente Vascular Cerebral: Um Revisão Sistemática [dissertação]; Coimbra: Universidade de Coimbra; 2012.
18. Bonita R, Beaglehole. Recovery of Motor Function After Stroke; *American Heart Association.* 2013; 19(12): 1497- 500.
19. Araújo JS, Silva SED, Santana ME, Vasconcelos EV, Conceição VM. Sim, eu sei o que é o derrame. As representações sociais de cuidadores sobre o acidente vascular cerebral; *R.pesq.:cuid. Fundam. Online.* 2012. 4(1): 2849-59.

Recebido em: 18/02/2014

Revisões requeridas: 16/06/2014

Aprovado em: 03/09/2014

Publicado em: 10/04/2017

Autor responsável pela correspondência:

Soraia Dornelles Schoeller

Campus Universitário – Trindade – BLOCO I

(CEPETEC) - Centro de Ciências da Saúde - Piso Térreo

Florianópolis/SC Brasil

Email: soraiadornelleschoeller@gmail.com

CEP: 88040-900