

Este é um arquivo PDF de um artigo que sofreu alterações após sua aceitação, tais como adição de metadados e formatação para melhor legibilidade, mas que ainda não é a versão final. Essa versão ainda irá passar por edições adicionais, composições (paginação, formatação de elementos de texto e gráficos) e revisão antes de ser publicada em sua versão definitiva, entretanto providenciamos esse arquivo para uma prévia do que será o artigo.

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). DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v25i4a168160>

Article in Press

1 OJS 168160 | Artigo Original

2

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

5

6 **Profile of patients with sequelae of stroke in a rehabilitation center**

7

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

11

12 1 Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GO

13

14 **Correspondência**

15 Jéssica Carla Marques

16 E-mail: fisioterapeuta_jessica@outlook.com

17

18 Submetido: 28 Março 2020.

19 Aceito: 07 Abril 2020.

20

21 **RESUMO**

22 O acidente vascular cerebral (AVC) causa um impacto negativo nos indivíduos afetados e
23 ocasiona alto número de mortes e internações no mundo. O AVC causa incapacidades
24 funcionais, e a reabilitação na fase aguda ajuda a reduzir instalação de complicações
25 secundárias e favorecer a independência. A medida de independência funcional (MIF) é um
26 instrumento amplo para mensurar a capacidade funcional nesta fase de reabilitação. O

27 **Objetivo:** Avaliar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional de indivíduos com AVC
28 internados em um centro de reabilitação em Goiânia - GO. **Método:** O estudo foi transversal,
29 analisou o prontuário de pacientes internados de julho de 2016 a julho de 2018, foi coletado o
30 perfil sociodemográfico e a MIF no primeiro dia de internação. **Resultados:** Foram analisadas
31 138 fichas, houve predominância do sexo masculino, mediana de idade de 61 anos, 70,3%
32 tiveram AVC isquêmico, 89,9% apresentaram hemiplegia, 46,4% o lado esquerdo foi mais
33 acometido, 84,1% utilizavam cadeiras de rodas. 51,4% eram casados, 36,2% tinham baixa
34 escolaridade e 60,1% eram hipertensos e 55 de mediana da MIF destacando maior
35 independência funcional nos cuidados pessoais, controle, esfinteriano e conhecimento social.

36 **Conclusão:** O perfil dos pacientes com AVC internados foi caracterizado por indivíduos do
37 sexo masculino, baixa escolaridade e renda, idade avançada, altos índices de incapacidade
38 funcional, alterações na marcha, espasticidade, hemiplegia e disfagia. Conhecer o perfil dos
39 indivíduos com AVC ajudará a compreender suas causas e guiar políticas de prevenção,
40 permitindo melhor qualidade de vida, rápida recuperação e reinserção às atividades de vida
41 diária e à vida profissional.

42

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

45

Article in Press

46 **ABSTRACT**

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

64
65 **Keywords:** Stroke, Physical Therapy Modalities, Rehabilitation Centers

66 **INTRODUÇÃO**

67
68
69 As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o acidente vascular cerebral
70 (AVC), causam grande número de mortes no mundo, afetam a qualidade de vida dos seus
71 sobreviventes, e resultam em impacto econômico negativo aos indivíduos comprometidos, às
72 suas famílias e à sociedade.¹

73
74 O AVC, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), se caracteriza pela perda repentina
75 das funções neurológicas com complicações abruptas e aceleradas das atividades clínicas e
76 focais cerebrais com duração superior a 24 horas, através da interrupção do fluxo sanguíneo
77 para o encéfalo, resultando em déficits neurológicos focais ou globais.^{2,3}

78
79 Ele é considerado um problema de saúde pública que ocasiona elevado número de internações
80 e afeta milhares de pessoas em todo o mundo. Atualmente o AVC é considerado a quarta
81 principal causa de morte no Brasil ficando atrás das doenças do coração, câncer e doenças
82 respiratórias crônicas e é considerado a segunda causa de óbitos globalmente. É a terceira
83 principal doença causadora de incapacidade, sendo que estudos evidenciam a importância da
84 prevenção da doença, devido ao seu alto índice de mortalidade.⁴⁻⁶

85
86 Muitos fatores de riscos contribuem para a ocorrência do AVC, sendo eles a idade, raça,
87 genética e sexo que são fatores não modificáveis. Porém, também existem fatores que podem
88 causar o AVC, os quais podem ser identificados e tratados ou modificados, tais como
89 hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças cardíacas, obesidade,
90 sedentarismo, tabagismo e alcoolismo.⁷

91
92 Indivíduos com AVC podem apresentar alterações neurológicas significativas como, déficit
93 cognitivo e mental, alteração de propriocepção, prejuízos motores e sensitivos, déficits na
94 marcha e no equilíbrio, afasia, perda da força muscular, dentre outros.⁸

95

Article in Press

96 Visto que esta patologia causa importantes disfunções e incapacidades funcionais, é
97 fundamental o início da reabilitação dos pacientes já na fase aguda, pois, além de reduzir a
98 instalação de complicações secundárias, favorece o aumento da independência do paciente,
99 eleva a autoestima, e conseqüentemente colabora com os ganhos motores, funcionais e de
100 autonomia do paciente. A Medida de Independência Funcional (MIF) é provavelmente o
101 instrumento mais amplo para mensurar a capacidade funcional durante este processo.⁹⁻¹¹
102

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

107 108 **OBJETIVO**

109
110 O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional dos
111 pacientes com acidente vascular cerebral internados em um centro de reabilitação na cidade
112 de Goiânia-GO.

113 114 **MÉTODO**

115
116 O estudo foi quantitativo, retrospectivo e transversal. A amostra foi composta por pacientes com
117 sequela de AVC, que foram internados para reabilitação em um centro estadual de reabilitação
118 e readaptação de Goiânia-GO, e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

119
120 Foram incluídos os prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de AVC, que foram
121 internados no posto três, do serviço de internação da instituição de julho de 2016 a julho de
122 2018, e que tivessem a MIF preenchida no início da internação hospitalar. Foram excluídos os
123 prontuários de pacientes com mais de um episódio de AVC, com doenças neurológicas
124 associadas ou qualquer outra doença incapacitante prévia.

125
126 A instituição é composta por uma equipe multiprofissional para o atendimento destes pacientes,
127 os quais ficam internados, em média, por 30 dias. Dentre os tratamentos recebidos, a
128 fisioterapia é composta por 2 sessões diárias de 30 minutos, 5 vezes por semana, realizadas
129 no ginásio da instituição, e cada conduta é desenvolvida de forma individualizada.

130
131 Foi utilizada uma ficha de perfil sociodemográfico e clínico, e a MIF para a coleta dos dados no
132 prontuário. A ficha de perfil sociodemográfico e clínico foi composta por informações pessoais
133 dos pacientes (Quadro 1).

134 135 **Quadro 1.** Classificação das variáveis qualitativas utilizadas 136

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

Article in Press

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

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

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

Article in Press

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

184

185

186

187

188

189

190

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/dez
Mobilidade	138	6,5	3 - 9
Locomoção	138	2	2 - 4
Comunicação	138	9	6 - 12
Conhecimento social	138	11	7 - 14

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

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	89,9
Tetraplegia	14	10,1
Lado acometido		

Article in Press

Tipo de tônus	Direito	60	43,5
	Esquerdo	64	46,4
	Flácido	3	2,2
	Espástico	61	44,2
	Normal	50	36,2
Afasia	Não relatado	24	17,4
	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

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

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, conseqüentemente 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

Article in Press

226 participantes desse estudo. O ACVI ocorre devido à falta de irrigação sanguínea no cérebro
227 ocasionada por uma obstrução arterial, comum em hipertensos, sendo a HAS o maior e
228 principal preditivo para o AVCI.²⁴
229

230 De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, pode-se perceber que 46,4%
231 dos indivíduos afetados apresentaram hemiplegia à esquerda, ou seja, tiveram lesão no
232 hemisfério contralateral (direto). Tal resultado é divergente do relatado na literatura, visto que
233 a ocorrência da patologia cérebro vascular no lado esquerdo pode estar relacionado a anatomia
234 dos vasos carotídeos. A artéria carótida direita origina-se no tronco braquiocéfálico e a esquerda
235 origina-se diretamente no arco ártico correndo assim em linha reta. A energia de esvaziamento
236 sistólico poderá ser maior na carótida esquerda, conseqüentemente ocorrendo altas forças de
237 cisalhamento.²⁵
238

239 A afasia é decorrente de uma lesão no cérebro frequentemente ocasionada pelo AVC no
240 hemisfério esquerdo,²⁶ justificando o fato de a maioria dos pacientes avaliados não
241 apresentarem esta disfunção.
242

243 Os dados da MIF coletados foram referentes no início da internação do paciente no centro de
244 reabilitação, isto é, em sua fase inicial de recuperação funcional, logo a maioria dos pacientes
245 possuía sequelas referentes a locomoção, 55,8% não apresentavam marcha e 84,1% faziam o
246 uso de cadeira de rodas. Isso pode ser explicado pelo fato de que pacientes com AVC em geral
247 apresentam déficit no controle do tronco, alteração no tônus muscular, caracterizado por
248 flacidez, logo após a lesão, e a progressão para tônus espástico ocorre na maioria dos casos,
249 porém num período posterior ao avaliado na maioria dos pacientes.^{24,27}
250

251 Distúrbios na fala ocorrem devido a lesões no sistema nervoso central ou periférico que gera
252 alteração na emissão da voz, sendo uma sequela geralmente comum em lesões cerebrais não
253 progressivas. Alguns estudos demonstram a correlação da disartria e do AVC no qual a maioria
254 apresentava o distúrbio, discordando do presente estudo onde a maioria dos indivíduos
255 estudados não apresentaram disartria. Esta discordância de resultados pode ser devido a
256 preenchimento incorreto e/ou incompleto dos prontuários.^{28,29}
257

258 A incontinência urinária (IU) é comumente apresentada nos pacientes com doenças
259 neurológicas, em especial nos indivíduos com AVC, devido as lesões que podem ocorrer nas
260 estruturas do encéfalo responsáveis pelo controle da micção, explicando sua alta
261 incidência.^{30,31} Outro estudo, que também avaliou pacientes com AVC internados para
262 reabilitação neurológica, observaram a alta incidência da IU em indivíduos com AVCI,³¹ no
263 presente estudo 42% dos indivíduos apresentaram esta disfunção, não sendo a maioria mais
264 apresentando uma quantidade elevada.
265

266 Indivíduos com AVC podem apresentar incontinência fecal, que pode ocorrer através de
267 afecções que acontecem no cérebro e em suas conexões podendo interferir no funcionamento
268 intestinal, alterando a peristalse e eliminação das fezes.³² Porém, assim como identificado neste
269 estudo, não há muitos relatos na literatura da presença de incontinência fecal nesse grupo de
270 pacientes.
271

272 Intervenções com a participação de equipes multiprofissionais na reabilitação dos indivíduos
273 com AVC buscam devolver a autonomia para realização das atividades de vida diária e
274 melhorar a qualidade de vida, visto que esses pacientes têm uma significativa redução da
275 capacidade funcional.^{8,33} No presente estudo a mediana da MIF inicial foi de 55 pontos,

Article in Press

276 mostrando uma maior dependência dos indivíduos nesta fase, corroborando com vários outros
277 estudos^{8,33,34} que apresentarem resultados semelhantes. Por meio dos resultados obtidos na
278 avaliação da MIF inicial deste estudo, pode-se observar maior independência funcional dos
279 pacientes nos cuidados pessoais, controle esfíncteriano, mobilidade, comunicação e
280 conhecimento social, corroborando com outros estudos,^{35,36} porém estes avaliaram a MIF
281 antes e após uma intervenção.

282

283 CONCLUSÃO

284

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

288

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

294

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

300

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

307

308 REFERÊNCIAS

309

310 1. Ponte AL, Fedosse E. Caracterização de sujeitos com lesão cerebral adquirida em idade
311 produtiva. *Rev CEFAC.* 2016;18(5):1097-108. Doi: [https://doi.org/10.1590/1982-](https://doi.org/10.1590/1982-0216201618518415)
312 [0216201618518415](https://doi.org/10.1590/1982-0216201618518415)

313

314 2. Mourão AM, Vicente LCC, Chaves TS, Sant`Anna RV, Meira FC, Xavier RMB, et al. Perfil
315 dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais
316 credenciado na linha de cuidados. *Rev Bras Neurol.* 2017;53(4):12-7.

317

318 3. Ribeiro KSQS, Neves RF, Brito GEG, Moraes JD, Lucena EMF, Medeiros JM, et al. Perfil
319 de usuários acometidos por acidente vascular cerebral adscritos à estratégia saúde da
320 família em uma capital do nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde.* 2012;16(2):25-44. Doi:
321 <https://doi.org/10.4034/RBCS.2012.16.s2.05>

322

323 4. Locatelli MC, Furlaneto AF, Cattaneo TN. Perfil epidemiológico dos pacientes com
324 acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital. *Rev Soc Bras Clín Méd.*
325 2017;15(3):150-4.

Article in Press

- 326 5. Moreira NRTL, Andrade AS, Ribeiro KSQS, Nascimento JA, Brito GEG. Qualidade de vida
327 em indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral. *Rev Neurocienc.* 2015;23(4):
328 530-7. Doi: <https://doi.org/10.4181/RNC.2015.23.04.1036.08p>
329
- 330 6. Mendy VL, Mendy VL, Vargas R, Payton M, Sims JN, Zhang L. Trends in the stroke death
331 rate among Mississippi adults, 2000-2016. *Prev Chronic Dis.* 2019;16:E21. Doi:
332 <https://doi.org/10.5888/pcd16.180425>
333
- 334 7. Damata SRR, Formiga LMF, Araújo AKS, Oliveira EAR, Oliveira AKS, Formiga RCF. Perfil
335 epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Rev Interd.* 2016;
336 9(1):107-7.
337
- 338 8. Lima SM, Maldonade I. Avaliação da linguagem de pacientes no leito hospitalar depois do
339 acidente vascular cerebral. *Distúrb Comun.* 2016;28(4):673-85.
340
- 341 9. Silva DCS, Nascimento CF, Brito LS. Efeitos da mobilização precoce nas complicações
342 clínicas pós-avc: revisão da literatura. *Rev Neurocienc.* 2013;21(4):620-7. Doi:
343 <https://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.891.8p>
344
- 345 10. Utida KAM, Batiston AP, Souza LA. Nível de independência funcional de pacientes após
346 acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de
347 reabilitação. *Acta Fisiátr.* 2016;23(3):107-12. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20160021>
348
349
- 350 11. Araújo JB, Cirne GNM, Lima NMFV, Cavalcanti FAC, Cacho EWA, Cacho RO. Sobrecarga
351 de cuidadores familiares e independência funcional de pacientes pós-acidente vascular
352 encefálico. *Rev Ciênc Méd Campinas.* 2016;25(3):107-13. Doi:
353 <https://doi.org/10.24220/2318-0897v25n3a2991>
354
- 355 12. Sarmiento SDG, Dantas RAN, Dantas DV, Oliveira SP, Henriques LMN, Costa IB. Perfil
356 das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de
357 urgência. *Cogitare Enferm.* 2017; 22 (2). Doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.49698>
358
- 359 13. Lopes Junior JEG, Freitas Junior JHA, Figueiredo ADJ, Santana FM. Perfil dos pacientes
360 acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na estratégia de saúde da
361 família. *Rev Fisioter S Fun.* 2013;2(1):21-7.
362
- 363 14. Pereira ARR, Dantas DS, Torres VB, Viana ESR, Correia GN, Magalhães AG. Associação
364 entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após
365 acidente vascular encefálico. *Fisioter Pesq.* 2017;24(1):54-61. Doi:
366 <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16270824012017>
367
- 368 15. Costa VS, Silveira JCC, Clementino TCA, Borges LRDM, Melo LP. Efeitos da terapia
369 espelho na recuperação motora e funcional do membro superior com paresia pós-AVC:
370 uma revisão sistemática. *Fisioter Pesq.* 2016; 23 (4): 431-38. DOI:
371 <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15809523042016>
372
- 373 16. Riberto M, Miyazaki MH, Juca SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da
374 versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátr.* 2004;11(2):72-6.
375 Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>

Article in Press

- 376 17. Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damascena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de
377 doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa
378 Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(S2):83-96. Doi:
379 <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060008>
380
- 381 18. Johann A, Bosco SMD. Acidente vascular cerebral em idoso: estudo de caso. Cad Pedag.
382 2015;12(1):78-86.
383
- 384 19. Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da tendência da
385 mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século xxi. Arq Bras Cardiol. 2012;
386 98(6):519-27. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000041>
387
- 388 20. Silva IFG, Neves CFS, Vilela ACG, Bastos LMD, Henriques MILS. Viver cuidar após o
389 acidente vascular cerebral. Rev Enf Ref. 2016;4(8):103-11. Doi:
390 <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
391
- 392 21. Malta DC, Santos NB, Pereill RD, Szwarcwald CL. Prevalence of high blood pressure
393 measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. São Paulo Med J.
394 2016;134(2):163-70. Doi: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2015.02090911>
395
- 396 22. Mendonça LBA, Lima FET, Oliveira SKP. Acidente vascular encefálico como complicação
397 da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? Esc Anna Nery. 2012;16(2):
398 340-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200019>
399
- 400 23. Carvalho MIF, Delfino JAS, Pereira WMG, Matias ACX, Santos EFS. Acidente vascular
401 cerebral: dados clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão
402 nordestino brasileiro. Rev Interfaces: Saúde, Hum Tecnol. 2014;2(6):1-4.
403
- 404 24. Piassaroli CAP, Almeida GC, Luvizotto JC, Suzan ANBM. Modelos de reabilitação
405 fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de avc isquêmico. Rev Neurocienc.
406 2012;20(1):128-37.
407
- 408 25. Rodríguez Hernández SA, Kroon AA, van Boxtel MP, Mess WH, Lodder J, Jolles J, de
409 Leeuw PW. Is there a side predilection for cerebrovascular disease? Hypertension.
410 2003;42(1):56-60. Doi: <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000077983.66161.6F>
411
- 412 26. Fontanesi SRO, Schimt A. Intervenções em afasia: uma revisão integrativa. Rev CEFAC.
413 2016;18(1):252-62. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161817715>
414
- 415 27. Lacerda NN, Gomes EB, Pinheiro HA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva
416 na estabilidade postural e risco de quedas em pacientes com sequela de acidente vascular
417 encefálico: estudo piloto. Fisioter Pesq. 2013;20(1):37-42. Doi:
418 <https://doi.org/10.1590/S1809-29502013000100007>
419
- 420 28. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da
421 comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. Rev
422 CEFAC. 2011;13(2):330-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000097>
423

Article in Press

- 424 29. Ribeiro AF, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com disartria atendidos em hospital
425 terciário. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(3):446-53. Doi:
426 <https://doi.org/10.1590/S1516-80342009000400004>
427
- 428 30. Leandro TA, Araujo TL, Cavalcante TF, Lopes MVO, Oliveira TMF, Lopes ACM.
429 Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com acidente
430 vascular cerebral, *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(6):924-32. Doi:
431 <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600007>
432
- 433 31. Pizzi A, Falsini C, Martini M, Rossetti MA, Verdesca S, Tosto A. Urinary incontinence after
434 ischemic stroke: clinical and urodynamic studies. *Neurourol Urodyn.* 2014;33(4):420-5.
435 Doi: <https://doi.org/10.1002/nau.22420>
436
- 437 32. Dourado CC, Engler TMNM, Oliveira SB. Disfunção intestinal em pacientes com lesão
438 cerebral decorrente de acidente vascular cerebral e traumatismo cranioencefálico: estudo
439 retrospectivo de uma série de casos. *Texto & Contexto Enferm.* 2012; 21(4):905-11. Doi:
440 <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400022>
441
- 442 33. Medeiros CSP, Silva OP, Araújo JB, Souza DE, Cacho EWZ, Cacho RO. Perfil social e
443 funcional dos usuários da estratégia saúde da família com acidente vascular encefálico.
444 *Rev Bras Saúde.* 2017;21(3):211-20. Doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2017.21.03.04>
445
- 446 34. Scalazo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com
447 acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Rev. Neurociênc.*
448 2010;18(2):139-44. Doi: <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8480>
449
- 450 35. Monteiro RBC, Laurentino GEC, Melo PG, Cabral DL, Correia JCF, Salmela LFT. Medo
451 de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em
452 indivíduos após acidente vascular encefálico. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(7):2017-27.
453 Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700017>
454
- 455 36. Fernandes MB, Cabral DL, Souza RJP, Sekitani HY, Teixeira-Salmela LF, Laurentino
456 GEC. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a
457 fisioterapia. *Fisioter Mov.* 2012;25(2):333-41. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000200011>
458