

O impacto da intervenção de uma equipe multidisciplinar em saúde na qualidade de vida em paciente com acidente vascular encefálico em fase tardia – um estudo retrospectivo

The impact of the intervention of a multidisciplinary team in health on the quality of life in patients with a late-stage stroke - a retrospective study

DOI:10.34117/bjdv8n12-225

Recebimento dos originais: 14/11/2022

Aceitação para publicação: 20/12/2022

Eduardo Gentil Jacobina

Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Endereço: 707 – 907, Campus Universitário, Asa Norte, Brasília – DF, CEP:70790-75

E-mail: eduardo.jacobina@sempreceub.com

Carolina Bahia Fonseca

Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Endereço: 707/907 - Campus Universitário, Asa Norte, Brasília - DF, CEP:70790-75

E-mail: carolina.bfonseca@sempreceub.com

Bruno Hendriks Lobo

Graduado em Educação Física pelo Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Endereço: 707/907 - Campus Universitário, Asa Norte, Brasília - DF, CEP:70790-75

E-mail: brunohendrikslobo@gmail.com

Rafael Gualberto Ribeiro Motta

Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Endereço: 707 – 907, Campus Universitário, Asa Norte, Brasília - DF, CEP:70790-75

E-mail: rafael.motta@sempreceub.com

Monique de Azevedo

Mestra em Educação Física

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Endereço: 707 – 907, Campus Universitário, Asa Norte, Brasília – DF, CEP:70790-75

E-mail: monique.azevedo@uniceub.br

Sérgio Henrique de Souza Alves

Doutor em Psicologia

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: 707 – 907, Campus Universitário, Asa Norte, Brasília – DF, CEP:70790-75

E-mail: sergio.alves@ceub.edu.br

Maria Beatriz Silva e Borges

Doutora em Ciências Médicas

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: 707 – 907, Campus Universitário, Asa Norte, Brasília - DF, CEP:70790-75

E-mail: maria.borges@ceub.edu.br

RESUMO

Introdução: O AVE, tende a limitar o indivíduo, deixando sequelas físicas, funcionais e neurológicas que podem interferir negativamente na qualidade de vida e induzir ao quadro depressivo. A perda parcial ou completa da funcionalidade, ocasiona também o prejuízo quanto à independência do indivíduo acometido. Em alguns casos, a pessoa torna-se improdutiva e pode vir a perder o sentido da vida por não se achar capaz de gerir seus próprios interesses. O trabalho multidisciplinar realizado em equipe tem demonstrado ser efetivo sobre os domínios afetados no sujeito com AVE. Esse formato de abordagem, possibilita a integração dos dados e queixas do paciente, gerando resultado satisfatório e mais completo numa demanda de média e alta complexidade. Quando essas limitações são trabalhadas, a possibilidade de uma resposta positiva, tende a refletir em melhor qualidade de vida e inclusão social. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, a respeito uma paciente do sexo feminino, 60 anos, residente na cidade de Brasília, DF. O relatório trazido pela paciente sugeria acompanhamento de equipe multidisciplinar, o que ocorreu por volta de dois meses e meio antes do primeiro dia de contato com a paciente. Após as respectivas avaliações e análise dos prontuários trazidos pela paciente, a frequência da fisioterapia ou educação física foi estabelecida em 3 vezes por semana, com intervalo de 48 entre as sessões. Por parte da psicologia, foram realizadas 6 visitas, uma visita por semana por um período de 6 semanas, nas quais eram realizadas entrevistas semiestruturadas e dinâmicas conversacionais. **Resultados:** Os resultados do presente estudo evidenciam uma melhora no escore com relação ao equilíbrio e marcha. Para a escala de Katz, avaliação da dependência funcional em idosos, não houve mudança no escore inicial e final. O questionário prisma também não apresentou mudança no escore. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou importantes levantamentos já estudados sobre a importância da intervenção do trabalho da assistência social em casos onde há evidência de presença de disfuncionalidade biopsicossocial do indivíduo acometido por esse tipo de condição de saúde.

Palavras-chave: acidente vascular encefálico (AVC), saúde, multidisciplinaridade, qualidade de vida, reabilitação, modelo biopsicossocial.

ABSTRACT

Introduction: The AVE tends to limit the individual, leaving physical, functional and neurological sequelae that can negatively interfere in the quality of life and induce the depressive condition. Partial or complete loss of functionality also causes impairment of the independence of the individual concerned. In some cases, people become unproductive and may lose their sense of life because they are unable to manage their own interests. Multidisciplinary teamwork has been shown to be effective on the affected domains in the subject with stroke. This approach format allows the integration of patient data and complaints, generating satisfactory and more complete results in a demand of medium and high complexity. When these limitations are worked out, the possibility of a positive response tends to reflect better quality of life and social inclusion. **Methodology:** This is a retrospective study of a female patient, 60 years old, residing in the city of Brasilia, DF. The report brought by the patient suggested multidisciplinary team follow-

up, which occurred about two and a half months before the first day of contact with the patient. After the respective assessments and analysis of the records brought by the patient, the frequency of physical therapy or physical education was established at 3 times a week, with an interval of 48 between sessions. On the part of psychology, 6 visits were carried out, one visit per week for a period of 6 weeks, in which semi-structured interviews and conversational dynamics were carried out. Results: The results of this study show an improvement in the score in relation to equilibrium and gait. For the Katz scale, evaluation of functional dependence in ido-sos, there was no change in the initial and final score. The prism questionnaire also did not show any change in the score. Conclusion: The present study highlighted important studies already studied on the importance of the intervention of social assistance work in cases where there is evidence of the presence of biopsychosocial dysfunctionality of the individual affected by this type of health condition.

Keywords: stroke, health, multidisciplinary, quality of life, rehabilitation, biopsychosocial model.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), popularmente conhecido como “derrame”, é definido como a redução parcial ou completa do aporte sanguíneo nessa região¹. Trata-se de uma disfunção neurológica de origem vascular, onde a sintomatologia é relacionada ao local do cérebro acometido². O AVC tem sua classificação compreendida em hemorragia intracerebral (em torno de 15% dos casos) ou hemorragia subaracnóidea (em torno de 5% dos casos) e AVC isquêmico (em torno de 80% dos casos)³.

Tal lesão, pode levar o indivíduo a óbito; em caso de não ser letal, pode causar incapacidade funcional e cognitiva em torno de 45% dos indivíduos acometidos, que se tornam dependentes de cuidados especiais após a alta hospitalar⁴.

O exercício físico é de grande valia para o indivíduo com AVC; porém, a disfunção motora dos membros, que é uma das sequelas mais comuns, pode ser um impeditivo em função das limitações apresentadas⁵. A depressão é tida como um transtorno neuropsiquiátrico frequente e, quando associado ao AVC, é conhecido por depressão pós-AVC. Esse estado depressivo, tende a persistir após esse evento vascular, onde o indivíduo demonstra pouco interesse por suas atividades, diminuição de energia, inapetência, alteração do sono, baixa autoestima e por vezes, pode cursar com pensamentos suicidas⁶.

Esse conjunto de aspectos está associado com aumento da mortalidade⁷. Sob todos os aspectos, a qualidade de vida do indivíduo fica comprometida, muito em função da perda parcial ou completa da funcionalidade, da comunicação e da cognição⁸.

Indivíduos acometidos por AVC podem sofrer modificação no aspecto afetivo^{9,10}, interferindo na qualidade de vida desses pacientes, onde as alterações do estado de humor e a labilidade emocional são comuns e de instauração tardia, na maior parte dos casos¹⁰. Demonstrações como choro, risos alterados e reações desproporcionais podem expressar o impacto emocional, resultando em mal-estar, incluindo experiências negativas para o próprio indivíduo, bem como familiares e pessoas próximas. Seu impacto é substancial, resultando em constrangimento para o paciente, família e cuidadores^{11,12}.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O AVC é uma doença de caráter incapacitante, com elevado número de indivíduos acometidos e que pode levar ao óbito. A intervenção imediata, bem como o diagnóstico precoce, é necessária para minimizar as mazelas deixadas por esse acometimento, além de ser de suma importância a intervenção imediata e rápido reconhecimento da extensão da lesão e sequelas¹³.

Trata-se de uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo. No Brasil, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a taxa de mortalidade atinge cerca de 13,8% a 20,6% em indivíduos com mais de 60 anos¹⁴.

A gravidade da doença, vai depender de diversos fatores, dentre eles: a idade e localização e a extensão da lesão na estrutura encefálica¹⁵. Sinais e sintomas como diminuição da sensibilidade acompanhado ou não de fraqueza com início repentino nos segmentos de face, membros superiores e inferiores, com atenção especial se for mostrado de forma unilateral; alteração mental, na fala ou dificuldade de compreensão; alterações visuais; dificuldade na deambulação, perda de equilíbrio parcial ou completa, acompanhado ou não de incoordenação e dor de cabeça intensa, sem causa aparente são indicativos de que o paciente deve ser levado para atendimento emergencial, por serem esses os sintomas sugestivos de um AVC¹⁶.

Indivíduos acometidos pelo AVC, cursam com sequelas físicas, mentais e sociais, com repercussão nas atividades da vida diárias e impacto negativo na qualidade de vida^{17,18}. Com o aumento progressivo do envelhecimento, os aspectos deletérios relacionados a essa fase da vida, faz com que haja também, a necessidades de serviços adicionais e cuidados específicos, principalmente relacionados às áreas da saúde¹⁹.

É fato que a incapacidade funcional culmina em dificuldades. De acordo com a região acometida, a extensão e o nível da lesão, o resultado da recuperação será

diferenciado entre os indivíduos, interferindo na qualidade de vida com impacto negativo^{20,21}.

As sequelas deixadas pelo AVC são complexas, e para que a reabilitação seja bem-sucedida, é importante que haja o envolvimento e a contribuição de diferentes especialidades da área da saúde. Ao associar essas terapêuticas, o profissional aumenta o arsenal de conhecimentos a respeito do paciente, o que permite mensurar de forma mais abrangente quais as limitações e condições a serem consideradas para o estabelecimento de diagnósticos e metas com conduta de tratamento mais adequada^{22,23}.

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), traz um modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade humana, que reflete a inter-relação das diferentes dimensões da saúde: biológica, individual e social. A CIF constitui uma importante ferramenta para o melhor entendimento das capacidades e funcionalidades no paciente com AVC^{23,24,25}.

O deficit sensório-motor é uma condição comumente relacionada ao AVC. E pode ocasionar a disfagia que surge com alguns sintomas, do tipo: inapetência, o não reconhecimento de determinados alimentos, dificuldade no ato de se alimentar ou no preparo das refeições, alterações de gustativas e olfativas, alterações no controle da mastigação, incluindo os movimentos da língua e transporte do bolo alimentar, presença de resíduo alimentar na cavidade oral, bem como demora e dificuldade na deglutição, pigarros e engasgos durante as refeições e alterações vocais^{26,27,28}.

A paralisia facial é uma das ocorrências mais ocorrentes no pós-AVC, que é percebida pela diminuição dos movimentos da face no lado acometido, modificando a mímica facial com impacto estético e funcional significativo²⁹; esta pode ser supranuclear ou nuclear, exigindo condutas diferentes de tratamento. Vale ressaltar que a característica flácida na fase aguda pode evoluir para a recuperação completa em algumas semanas, como também pode persistir por ausência de inervação²⁹.

A restrição das atividades de vida diárias ocorre em função da limitação de atividades motoras e funcionais, que envolve a manutenção da postura e a capacidade de transferências. Assim sendo, a independência física e ocupacional são os domínios mais afetados após um AVC³⁰.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, a respeito uma paciente do sexo feminino, 60 anos, residente na cidade de Brasília, DF. Chegou da cidade de Rio Branco, Acre,

portando relatório médico com diagnóstico clínico de acidente vascular encefálico há 1 ano e meio, com sequelas motoras expressivas em todo o domínio esquerdo, deambulando precariamente com auxílio de andador e cadeira de rodas. Apresentando ainda afasia (porém com capacidade de responder por si), incoordenação motora, equilíbrio alterado e postura prejudicada.

O relatório trazido pela paciente sugeria acompanhamento de equipe multidisciplinar, o que ocorreu por volta de dois meses e meio antes do primeiro dia de contato com a paciente. Dessa forma, seus familiares demandaram atendimento particular com a orientadora do projeto. Porém, por falta de recurso financeiro, foi sugerido que a paciente ingressasse em um estudo acadêmico, para que pudesse ser acompanhada de forma ampla. A paciente recebeu atendimento de uma equipe multiprofissional de forma voluntária, das áreas de fisioterapia, educação física e psicologia, no qual cada um colaborou com o conhecimento de sua especialidade, relacionando essas áreas de atuação.

Após visita a domicílio para conhecimento e apreciação do quadro, foram explicados à paciente e sua responsável todos os trâmites da proposta de tratamento, bem como riscos e benefícios, e o cronograma de atividade que cursou com a visita da fisioterapia, educação física e psicologia, para aplicação, com a anuência da paciente, dos seguintes testes:

- Escala de depressão geriátrica abreviada, para avaliar a presença de depressão, uma vez que ela pode causar ou incrementar a deterioração da cognição; assim sendo, essa escala é um importante instrumento para rastrear essa condição. Após o resultado obtido, sessões de escuta ativa foram realizadas uma vez por semana, com intuito de auxiliar na ressignificação e motivação junto ao estado atual em que ela se encontrava, sempre com base em suas queixas;
- Escala de Katz, desenvolvida para avaliar o grau de dependência do idoso com base na necessidade de haver ajuda ou não para a realização das atividades de vida diária, onde o paciente pode ser classificado em dependente, dependente parcial ou independente;
- Teste de Tinetti, para classificar as dimensões da marcha (velocidade, distância entre os passos, simetria e equilíbrio em pé, ao girar em torno do próprio eixo e as mudanças de posição com os olhos fechados. Cada exercício tem a contagem variando de 0 a 1 ou de 0 a 2, onde a contagem mais baixa caracteriza uma habilidade física débil.

- Escala de Equilíbrio de Berg para verificar as habilidades de equilíbrio estático e dinâmico. Compreende 14 tarefas que vão desde levantar-se de uma posição sentada até ficar de pé com um pé. A pontuação vai de zero (incapaz) a quatro (independente) e a medida final é a soma de todas as pontuações.

- Questionário. Prisma, composto de sete itens com respostas do tipo “sim” e “não”. As perguntas são baseadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, estabelecida pela OMS para os termos “autonomia”, “declínio funcional”, “mobilidade”, “dependência”, “atividades de vida cotidiana” e “suporte social”. Quando há três ou mais respostas positivas, o idoso é considerado frágil. Objetiva rastrear o risco de perda funcional do idoso.

Após as respectivas avaliações e análise dos prontuários trazidos pela paciente, a frequência da fisioterapia ou educação física foi estabelecida em 3 vezes por semana, com intervalo de 48 entre as sessões, seguindo as diretrizes da literatura relacionada a fisiologia do exercício (treino respiratório, cinesioterapia com alongamentos e exercícios de fortalecimento, e terapias manuais para controle da dor, relaxamento e desbloqueio muscular). Por parte da psicologia, foram realizadas 6 visitas, uma visita por semana por um período de 6 semanas, nas quais eram realizadas entrevistas semiestruturadas e dinâmicas conversacionais, a fim de investigar demandas por parte da paciente e progresso ao longo de cada semana de tratamento, assim como queixas que não sofreram mudanças.

2.1 PROCEDIMENTOS

Treino respiratório de 10 repetições com inspirações e expirações lentas e profundas seguindo o comando verbal: “cheire uma flor e assopre uma vela”;

Alongamento passivo dos grandes grupos musculares;

Flexão e extensão de ombros e cotovelos de forma ativa, em posição sentada em cadeira com encosto, sem carga, usando um bastão, como assistência quando necessária. 10 repetições ritmadas por comando verbal;

Flexão e extensão de joelhos, em posição sentada em cadeira com encosto, pernas em flexão de 90⁰, sem carga, utilizando as pernas entrelaçadas para a realização dos movimentos, atendendo sempre ao comando verbal que dava ritmo ao exercício proposto. 10 repetições.

Adução de coxa, usando uma bola para pressionar e realizar o movimento e abdução de coxa, usando a pressão manual imposta pelo terapeuta. 10 repetições ritmadas por comando verbal;

Movimentos ativos de sentar-se e levantar, utilizando o apoio do andador para fornecer estabilidade ao movimento. 10 repetições com comando verbal.

Técnicas manuais incluindo manobras de Quiropraxia, descompressão articular e massagem tecidual com desbloqueio de tensão muscular e relaxamento. Esse atendimento específico ocorria uma vez por semana com duração de 1 hora em maca terapêutica.

3 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo evidenciam uma melhora no escore com relação ao equilíbrio e marcha pelo índice de Tinetti (escore inicial de 16 pontos e escore final de 20 pontos), o que sugere uma mudança funcional, de alto risco de queda para moderado risco de queda. Também houve evidência na melhora do escore na escala de Berg (escore inicial de 10 pontos e escore final de 16 pontos), mas não foi suficiente para mudar a condição de prejuízo no equilíbrio, mantendo o risco de queda em 100%. Para a escala de Katz, avaliação da dependência funcional em idosos, não houve mudança no escore inicial e final, sendo constada uma dependência funcional importante. O questionário prisma também não apresentou mudança no escore, indicando presença de uma situação de fragilidade em idoso no inicial e final do tratamento.

A seguir temos a tabela com os resultados iniciais e finais para os testes já mencionados:

INSTRUMENTO	SCORE TOTAL DO INSTRUMENTO	SCORE INICIAL	RESULTADO	SCORE FINAL	RESULTADO
ESCALA DE KATZ	6 PONTOS	3 pontos	Dependência importante	3 pontos	Dependência importante
ÍNDICE DE TINETTI	28 PONTOS	16 pontos	Alto risco de queda	20 pontos	Moderado risco de queda
ESCALA DE BERG	56 PONTOS	10 pontos	100% risco de queda	16 pontos	100% risco de queda
QUESTIONARIO PRISMA	< 4 (baixo risco de fragilidade)	5 pontos	Idoso frágil	5 pontos	Idoso frágil

4 DISCUSSÃO

A literatura é enfática em afirmar a importância do trabalho multidisciplinar, pois, sendo o organismo humano altamente complexo e interligado, as diversas áreas de

conhecimento complementam-se gerando resultados satisfatórios do ponto de vista biopsicossocial³¹.

Após o início do tratamento, constatou-se melhora autorrelatada em alguns âmbitos, como mais disposição, redução dos pensamentos negativos e a extinção da insônia. Também foi observada pela paciente melhoras em atividades da vida diária, como conseguir tomar banho sozinha sem se cansar muito, conseguir se limpar sozinha após ir ao banheiro, conseguir pegar objetos do chão, melhora na qualidade do sono, disposição, redução de dor nas pernas e melhor movimentação ao andar³³.

A melhora do equilíbrio foi parte importante dessa pequena melhora funcional, que é resultado da implementação dos treinos resistidos e consequente fortalecimento da musculatura estabilizadora do tronco.

Foram percebidas melhoras na fala, que começou a se encontrar mais clara e em tom mais alto, com mais disposição e expressividade. Observou-se também a melhora na proatividade, com a adoção de atitudes antes de serem pedidas, e sua fala se encontra com mais sentido e linearidade³³.

Comportamentos de autocuidado se tornaram mais recorrentes, como arrumar-se cada dia para receber os atendimentos, passar a a tomar banhos sozinha e desacompanhada com maior frequência, demonstrando um movimento progressivo de independência e autonomia, nos atos de vestir-se sozinha e pentear o próprio cabelo³³.

Desse modo, pode ser observado que o próprio fato de manter uma rotina, realizar os exercícios propostos e receber visitas, fez o seu quadro sofrer alterações psicossociais positivas, sendo possível perceber, por meio das mudanças de comportamento, sono e movimento, uma melhora no quadro, comparado à situação anterior ao tratamento³³.

5 CONCLUSÃO

No presente trabalho, foi possível perceber o quanto a família da paciente é importante nesse processo de reabilitação, e o quanto foi necessário o trabalho educacional aos familiares para a otimização dos nossos resultados. SILVA fez uma importante consideração em seu estudo, no tocante à relação da equipe com familiares e acompanhantes, citando que um fator diferencial para elencar esse processo seria a presença do profissional da Terapia Ocupacional e do Serviço Social, trabalhando com o que autor nominou de “roda de conversa” que aborde os aspectos do AVC, fatores de prevenção, tratamento e reabilitação³².

REFERÊNCIAS

1. SILVA, D.N et al. Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): Revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde. [S.l.], v. 36, p. e2156, nov 2019.
2. NEVES, Michelle Morto Figueiredo; GUIMARÃES, Laíz Helena de Castro Toledo. Qualidade de Vida e Grau de Independência Funcional em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Revista Neurociência, Lavras, v. 24, p. 1-17, 2015.
3. CARVALHO, Vergílio Pereira et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular cerebral. Saúde e Desenvolvimento, [s.l.], v. 13, n. 15, p. 50-61, 2019.
4. SUN, Q, Cai J. Effects of 12-type guidance method combined with prokin balance training instrument on the balance function and walking ability of stroke patients with hemiplegia. MEDS Public Health and Preventive Medicine. 2021 [cited 2021 Jun 9];1(1): 1-7. Available from: https://www.clausiuspress.com/assets/default/article/2021/02/07/article_1612750603.pdf
5. Nam Y, Shim J, Kim SJ, Namkoong S. Effects of whole body vibration exercise combined with forced weight bearing on balance and gait in patients with stroke hemiplegia. RJPT. 2019;12(9): 4117-20.
6. Robinson, MD RG. Neuropsychiatric Consequences of Stroke. Annu Rev Med. 1997;48(1):217-29.
7. Wang Z, Shi Y, Liu F, Jia N, Gao J, Pang X, et al. Diversiform Etiologies for Poststroke Depression. Front psychiatry. 2018;9:761.
8. Jørgensen TSH, Wium-andersen IK, Wium-andersen MK, Jørgensen MB, Prescott E, Maartensson S. Incidence of Depression After Stroke, and Associated Risk Factors and Mortality Outcomes, in a Large Cohort of Danish Patients. JAMA Psychiatry. 2016;73(10):1032-40.
9. Kimura M, Robinson RG, Kosier JT. Treatment of Cognitive Impairment After Poststroke Depression. Stroke. 2000;31(7):1482-6.
10. Parvizi J, Coburn KL, Shillcutt SD, Coffey CE, Lauterbach EC, Mendez MF. Neuroanatomy of pathological laughing and crying: A report of the american neuropsychiatric association committee on research. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2009;21(1):75-87.
11. Parvizi J, Arciniegas DB, Bernardini GL, Hoffmann MW, Mohr JP, Rapoport MJ, et al. Diagnosis and management of pathological laughter and crying. Mayo Clin Proc. 2006;81(11):1482-6.
12. Ahmed A, Simmons Z. Pseudobulbar affect: Prevalence and management. Ther Clin Risk Manag. 2013;9:483-9.

13. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 11];125(1):e2-e220. Available from: <https://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2.full.pdf+html>
14. Andersen KK, ZJ, Olsen TS. Predictors of early and late case-fatality in a nationwide Danish study of 26,818 patients with first-ever ischemic stroke. *Stroke*. 2011;42(10):2806-12.
15. Prabhakaran S, Ruff I, Bernstein RA. Acute stroke intervention: a systematic review. *JAMA*. 2015;313(14):1451-62.
16. PARIKH, R. M. et al. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Arch. Neurol.*, [S. l.], v. 47, n. 7, p. 785-789, 1990.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS [Internet]. 2012 [cited 2015 Apr 14]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
18. Direcção-Geral da Saúde. *Acidente Vascular Encefálico: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel; 2010.
19. Oliveira MS, Araújo F. Implementation of a regional system for the emergency care of acute ischemic stroke: Initial results. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 25];33(6):329-35. Available from: <http://www.elsevier.pt/en/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/artigo/implementation-of-regional-system-for-the-emergency-care-90348657>
20. Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Quality of life of patients with stroke rehabilitation. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Jul 22];26(2):205-Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/en_v26n2a16.pdf
21. Costa C, Lopes S. - Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (Internamento) em Portugal Continental: 2012: síntese: versão provisória [Internet]. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Gestão em Organizações de Saúde. ENSP. Universidade Nova de Lisboa, 2014 [cited 2014 Jul 22]. http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/MelhoresHospitais_2012_Síntese.pdf
22. Pedreira LC, Lopes RLM. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Encefálico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2012 Ago 15];63(25):837-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/23.pdf>
23. Singh, M., Hynie, M., Rivera, T., Macisaac, L., Gladman, A., & Cheng, A. (2015). An evaluation study of the implementation of stroke best practice guidelines using a Knowledge Transfer Team approach. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 37(1):24-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26152100/>.
24. Casado D. Conceptos sobre la Discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad* 2001; 50: 5-13.

25. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps): um manual de classificação das conseqüências das doenças. Lisboa; 1989.
26. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.
27. Lima NMFV, Menegatti KC, Yu E, Sacomoto NY, Scalha TB, Lima INDF, et al. Sensory deficits in ipsilesional upper-extremity in chronic stroke patients. *Arq. NeuroPsiquiatr.* vol.73 no.10 São Paulo Oct. 2015 Epub Sep 01, 2015.
28. Bonini MV, Radanovic M. Cognitive deficits in post-stroke afasia. *Arq. NeuroPsiquiatr.* vol.73 no.10 São Paulo Oct. 2015.
29. Barros AFS, Santos SG, Medeiros GFR, Melo LP. Análise de Intervenções Fisioterapêuticas na Qualidade de Vida de Pacientes Pós-AVC. *Rev. Neurociências* 2014; 22(2):308-314.
30. Silva DCS, Nascimento CF, Brito ES. Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura. *Rev Neurocienc* 2013; 21(4):620-627
31. Silva, C. A., & Araujo, D. M. (2020). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. 123.
32. CHAGAS, Júlio Cesar das; SILVA, Luciana Maria Nascimento da. A atuação da equipe multiprofissional na reabilitação do paciente com acidente vascular cerebral - relato de experiência. *Revista Sustinere*, [S.l.], v. 9, p. 466 - 486, out. 2021. ISSN 2359-0424. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/57345/39594>>.
33. González Rey, Fernando Luis. Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. Editora Pioneira Thomson Learning, 2005.
34. LUND, C. et al. Balance and walking performance are improved after resistance and aerobic training in persons with chronic stroke, **Disability and rehabilitation**, v. 40, n. 20. 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2017.1336646?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 15 nov. 2022.
35. JIYEON, L. et al. Effect of trunk stabilization exercise on abdominal muscle thickness, balance and gait abilities of patients with hemiplegic stroke: A randomized controlled trial. **NeuroRehabilitation**, v. 47, n. 4, Dez. 2020. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/neurorehabilitation/nre203133>. Acesso em: 15 nov. 2022.