



TEMPO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS POR AVE

ACCESS TIME TO REHABILITATION SERVICES FOR PEOPLE SUFFERING FROM A STROKE TIEMPO DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS QUE SUFRIERON UN AVE

Ingrid Davis da Silva Gadelha¹, Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro², João Agnaldo do Nascimento³, Eleazar Marinho de Freitas Lucena⁴, Geraldo Eduardo Guedes de Brito⁵

RESUMO

Objetivo: verificar o tempo entre o acometimento por AVE e o primeiro acesso à reabilitação e os fatores associados. **Método:** estudo transversal, domiciliar, realizado com 149 sujeitos adscritos à Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de João Pessoa/PB. Para o cálculo do tempo decorrido para o acesso à reabilitação e seus fatores associados, utilizou-se o método de Análise de Sobrevida. **Resultados:** dos entrevistados, 69,1% declararam acesso à reabilitação. O tempo médio para o acesso foi de 22,45 meses. Em meses, 42,2% dos sujeitos acessaram a reabilitação entre 1-12; 21,2% entre 13-24; 18,2%, 25-36; 7,7%, 37-48 e 10,7%, 49-60. A escolaridade associou-se com o acesso. **Conclusão:** os resultados sinalizam a necessidade de se discutir o acesso aos serviços de reabilitação visando garantir a universalização e a integralidade da assistência. **Descritores:** Acidente Vascular Encefálico; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: to verify the time between the stroke and the first access to rehabilitation and associated factors. **Method:** it is a cross-sectional, home study with 149 participants registered to the Family Health Strategy (ESF) in the city of João Pessoa/PB. To calculate the time taken to access to rehabilitation and associated factors, the survival analysis method was used. **Results:** of the respondents, 69.1% said to access to rehabilitation. The average time for access was 22.45 months. There were 42.2% of participants accessed the rehabilitation between 1-12 months; 21.2% between 13-24 months; 18.2% between 25-36 months; 7.7% at 37-48 months and 10.7% between 49-60 months. Education was associated with access. **Conclusion:** the results indicated the need to discuss access to rehabilitation services aimed at ensuring universal and comprehensive care. **Descriptors:** Stroke; Access to Health Services; Rehabilitation Services.

RESUMEN

Objetivo: verificar el tiempo entre el AVE y el primer acceso a la rehabilitación y los factores asociados. **Método:** estudio transversal, domiciliar, realizado con 149 sujetos registrados a la Estrategia Salud de la Familia (ESF) del municipio de João Pessoa/PB. Para el cálculo del tiempo transcurrido para el acceso a la rehabilitación y sus factores asociados, se utilizó el método de Análisis de Supervivencia. **Resultados:** de los entrevistados, 69,1% declararon acceso a la rehabilitación. El tiempo medio para el acceso fue de 22,45 meses. En meses, 42,2% de los sujetos tuvieron acceso a la rehabilitación entre 1-12; 21,2% entre 13-24; 18,2%, 25-36; 7,7%, 37-48 y 10,7%, 49-60. La escolaridad se asoció con el acceso. **Conclusión:** los resultados muestran la necesidad de discutir el acceso a los servicios de rehabilitación para garantizar la universalización y a integralidad de la asistencia. **Descriptors:** Accidente Vascular Encefálico; Acceso a los Servicios de Salud; Servicios de Rehabilitación.

¹Fisioterapeuta, Mestranda, Programa de Pós-Graduação Modelos de Decisão em Saúde, Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: ingridgadelha@hotmail.com; ²Fisioterapeuta, Doutora em Educação, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: katiagsribeiro@yahoo.com.br; ³Engenheiro Mecânico, Doutor em Estatística, Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: joaoagh@hotmail.com; ⁴Fisioterapeuta, Mestre em Modelos de Decisão em Saúde, Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: eleazar_lucena@hotmail.com; ⁵Fisioterapeuta, Mestre em Saúde da Família, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: dudugjf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O cenário epidemiológico brasileiro encontra-se caracterizado pelo predomínio das doenças crônicas não-transmissíveis, o que ocasiona impactos para os serviços de saúde devido às crescentes demandas de atenção a longo prazo, como as por serviços de reabilitação. A reabilitação é entendida como um conjunto de práticas voltadas para garantir a reinserção do indivíduo na sociedade. Seu objetivo é garantir níveis físico-funcional, mental e/ou social adequados, ampliando a inclusão e participação daqueles com algum tipo de deficiência em todas as esferas da vida.¹

Nesse contexto, inserem-se as exigências oriundas das complicações e incapacidades dos indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE).² O AVE é considerado um importante problema de saúde pública mundial³, ganha notoriedade por ser a 3ª causa de morte em vários países do mundo e principal causa de incapacidades.⁴ Entre aqueles que sobrevivem ao AVE, aproximadamente, 90% apresentam algum tipo de comprometimento funcional⁵, acarretando, inclusive, implicações econômicas, de assistência social e de saúde para a sociedade.

Durante a fase aguda do AVE, o início precoce do acompanhamento pelos serviços de reabilitação é primordial para o reestabelecimento funcional.⁶ Nesse sentido, quanto mais precocemente for iniciada a reabilitação, maiores são as chances para a restituição da independência e otimização dos resultados funcionais; para a melhora do estado cognitivo; para a prevenção de complicações; e para o retorno e integração das atividades no ambiente sócio-familiar.⁵⁻⁷ Assim, torna-se necessário investigar o acesso desses usuários aos serviços de reabilitação, visando gerar conhecimentos que possam subsidiar o acesso dos usuários em tempo hábil. Considerando-se o exposto, o objetivo deste estudo foi:

Verificar o tempo entre o acometimento por AVE e o primeiro acesso aos serviços de reabilitação e os fatores associados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, domiciliar, realizado com sujeitos adscritos à Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de João Pessoa/PB. Para o cálculo da malha amostral, solicitou-se à direção dos cinco Distritos Sanitários uma lista, elaborada a partir da busca ativa das Equipes de Saúde

da Família do município com os casos de AVE ocorridos nos territórios nos últimos cinco anos. Este rastreio encontrou 324 sujeitos.

A amostra mínima para o estudo ($n=147$) foi calculada a partir da fórmula: $n = Z^2PQ/d^2$, em que Z = variável com distribuição normal padrão; P = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado; $Q = 1-P$; d = precisão desejada. Adotou-se $p = 50\%$ por se tratar de uma avaliação multidimensional e a precisão desejada de 10%. Uma equipe devidamente treinada para a abordagem e coleta dos dados entrevistou 152 sujeitos em seus domicílios. Os critérios de inclusão no estudo foram: usuários pós-AVE com tempo de acometimento não superior a 60 meses, tendo como referência a data de aplicação da entrevista; ter vínculo com a ESF. Nos casos em que o sujeito acometido apresentava déficits cognitivos, verificados pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁸, ou déficits de fala, o instrumento foi respondido pelo cuidador. Para o presente estudo, foi definida uma subamostra de 149 sujeitos da amostra original, uma vez que três não informaram o tempo entre o acometimento e a entrada no serviço de reabilitação.

Para a caracterização socioeconômica e clínica desta, identificação do tempo entre o AVE e o acesso à reabilitação, utilizou-se um questionário elaborado a partir de uma criteriosa revisão da literatura. Para a apresentação dos resultados referentes à caracterização dos sujeitos, foi utilizada a estatística descritiva (Epi Info 7). Os dados foram submetidos à Análise de Sobrevivência, que consiste em um conjunto de técnicas em que a variável resposta é o tempo até a ocorrência de um evento de interesse, chamado de falha.⁹ A análise foi realizada por meio do *software* R™, de domínio público, versão 2.14.2, utilizando para isso a biblioteca “Survival”. Para esta análise, foram excluídos aqueles que acessaram os serviços imediatamente após a ocorrência do AVE, ou seja, com tempo de falha igual a 0 (tempo de acesso à reabilitação inferior a 30 dias). Essa medida foi necessária, uma vez que o tempo de entrada no serviço igual a zero comprometia a realização do método proposto. Assim, foi considerada uma amostra de 132 sujeitos.

A curva de sobrevivência foi estimada pelo método *Kaplan-Meier* para verificar a probabilidade do indivíduo pós-AVE de não ter acesso aos serviços de reabilitação em determinado tempo. O teste de *Log-Rank* foi utilizado para comparar as curvas de sobrevivência no *Kaplan-Meier* estratificado, considerando um nível de significância de 5%.

O estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, aprovado com Protocolo nº. 430/09. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra deste estudo foi composta por 149 sujeitos. Conforme apresentado na tabela 1, a distribuição foi homogênea para ambos os sexos, com média de idade igual a 66 anos (desvio-padrão=13,0). Aproximadamente metade dos entrevistados (45,8%) não havia completado nenhum grau de escolaridade. A maioria dos entrevistados declarou-se casado ou em união estável (64,4%), com renda do domicílio acima de mil reais (50,3%).

RESULTADOS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos sujeitos. João Pessoa, 2011.

Características sociodemográficas	n=75	%
Sexo		
Feminino	78	52,35
Masculino	71	47,65
Faixa etária		
25-39	12	8,05
40-59	32	21,48
60 anos ou mais	105	70,47
Escolaridade completa		
Nenhuma	66	45,83
Primário	31	21,53
Ensino Fundamental	21	14,58
Ensino Médio	14	9,72
Ensino Técnico	5	3,47
Ensino Superior	7	4,86
Estado Civil		
Casado(a)/União Estável	96	64,43
Viúva (a)	29	19,46
Separado(a)/solteiro(a)	24	16,11
Renda do domicílio (reais)		
Até 600 reais	44	29,53
De 601 a 1000 reais	30	20,13
De 1001 a 1499	24	16,10
Acima de 1500	51	34,20

No que se refere às características clínicas do AVE, 43,6% não souberam informar o tipo de AVE que os acometeu. O do tipo isquêmico foi relatado por 41,6%. O tempo de acometimento do AVE foi menor que 25 meses em 57,0% dos entrevistados.

Verificou-se que 103 indivíduos (69,1%) declararam ter tido acesso à reabilitação. Ele foi caracterizado pela assistência prestada pela Fisioterapia (68,5%); pela Fonoaudiologia (19,5%); outras profissões (7,40%) e Terapia Ocupacional (0,67%).

Destes, 18 (17,5%) tiveram acesso em até 30 dias após o acometimento e 85 (82,5%) em um período de tempo superior a 30 dias (acesso tardio). Para os indivíduos categorizados como “acesso tardio”, o tempo médio entre o diagnóstico do AVE e a inserção nos serviços de reabilitação foi de 22,45 meses, sendo que 42,2% dos sujeitos tiveram acesso aos serviços de reabilitação entre 1 e 12 meses; 21,2%, 13 e 24 meses; 18,2%, 25 e

36 meses; 7,7%, 37 e 48 meses; e 10,7%, 49 e 60 meses.

Entre os indivíduos que tiveram acesso no primeiro ano após o acometimento, observamos que 12,2% tiveram acesso aos serviços de reabilitação até o 3º mês de acometimento; 9,8%, do 4º ao 6º mês; e 20,3%, entre o 7º e 12º mês após o AVE.

A Figura 1 corresponde à curva de sobrevivência dos indivíduos que declararam acesso tardio à reabilitação. No eixo horizontal encontra-se o tempo em meses e no eixo vertical a probabilidade de acesso aos serviços de reabilitação. Foi possível estimar que, em um período de seis meses após o acometimento, os sujeitos apresentaram 83% de probabilidade de não terem tido acesso aos serviços de reabilitação. Aos 12 meses, essa probabilidade foi de 70%; aos 24 meses, de 51%; aos 36 meses, de 33%; aos 48 meses, de 24% e aos 60 meses de, aproximadamente, 0,1%.

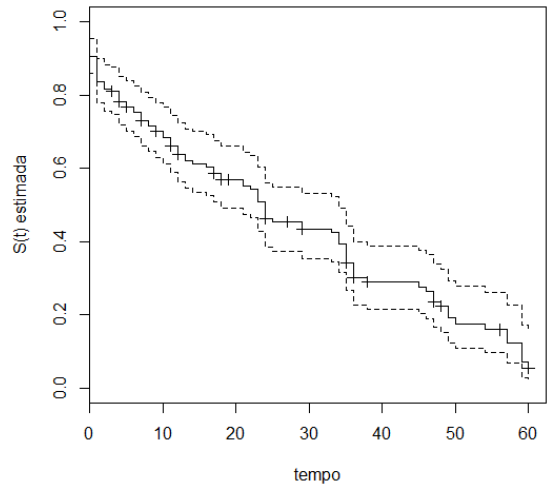


Figura 1. Função de sobrevivência de *Kaplan-Meier*.

O método de *Kaplan-Meier* estratificado foi realizado para as variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, renda por Salário Mínimo (SM), estado civil e número de acometimentos (Figura 2). Por meio do Teste de *Log-Rank*,

com nível de significância de 5%, verificou-se que, para a variável escolaridade, as curvas de sobrevivência são estatisticamente diferentes quanto ao tempo de acesso aos serviços de reabilitação (valor $p=0,0136$).

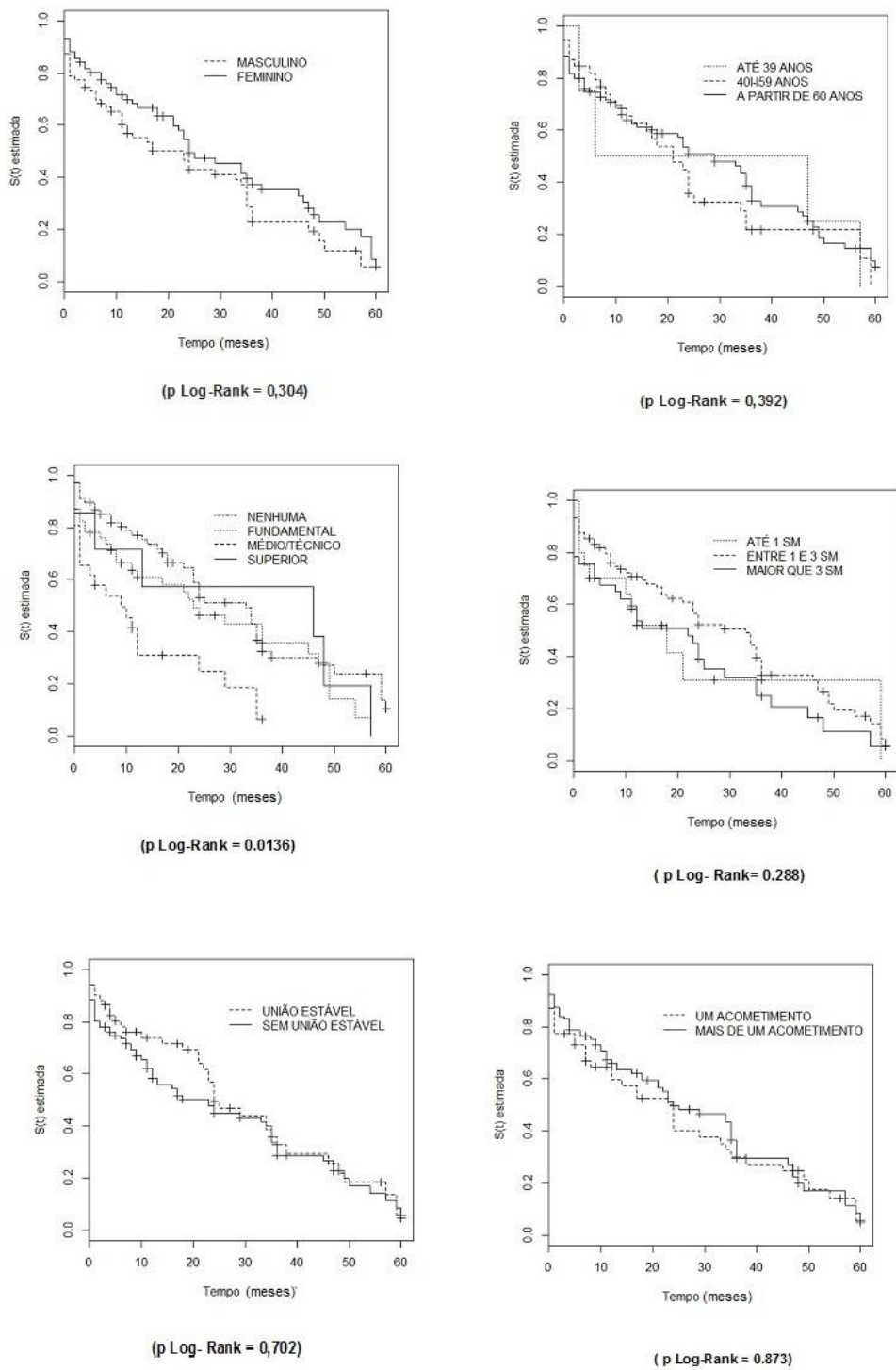


Figura 2. Função de sobrevivência com distribuição de probabilidade para o sexo, a faixa etária, escolaridade, renda, o estado civil e os números de acometimentos

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados, foi possível traçar um perfil dos sujeitos. Não foi observada diferença de prevalência do AVE entre os sexos na amostra deste estudo. Além disso, a maioria dos entrevistados eram idosos, evidenciando a maior suscetibilidade de se ter o AVE ao longo dos anos;¹⁰ casados ou em união estável, com baixo grau de escolaridade e baixa renda, acometidos, predominantemente, pelo AVE isquêmico. Estas características da amostra foram discutidas em estudos publicados anteriormente.^{11,12}

Verificou-se que cerca de 3/4 dos sujeitos tiveram acesso aos serviços de reabilitação. Estudos realizados com indivíduos que tiveram um AVE revelaram que durante a reabilitação ocorre a melhoria de alguns domínios, possibilitando um retorno funcional mais rápido.^{6,13,14} O acesso aos serviços de reabilitação por sujeitos pós-AVE atua como relevante preditor de participação social.¹⁵

Neste estudo, a abordagem no campo da reabilitação foi realizada predominantemente pelo profissional fisioterapeuta^{14,16}; seguido dos fonoaudiólogos e pelos terapeutas ocupacionais. As complicações físicas relacionadas ao tônus e à força, com limitações das atividades motoras e funcionais, demandam a abordagem inicial do fisioterapeuta, com vistas a minimizar o impacto das sequelas motoras relacionados ao AVE, atuando na melhoria de sua independência funcional.¹⁷ Além disso, observa-se que a oferta de serviços de Fisioterapia no Sistema Único de Saúde é consideravelmente maior quando comparada a dos demais profissionais relatados pelos entrevistados.

No campo da fonoaudiologia, aproximadamente 40% dos indivíduos com sequelas após o AVE apresentam dificuldades de comunicação⁶. Além disso, podem apresentar a disfagia, que interfere no prognóstico de independência dos acometidos. Merece destaque também a atuação e a relevância da Terapia Ocupacional (TO) na adequação às Atividades de Vida Diárias (AVDs), tendo em vista a dependência para a realização destas em decorrência da presença de sequelas. No entanto, observa-se ainda pouca oferta de serviços destes profissionais no SUS. A presença de tais profissionais atuando em conjunto na rede de saúde precisa ser vista como prioridade.¹⁸

Embora este estudo não tenha avaliado o tempo de permanência nos serviços, nem tampouco o seu impacto na vida dos acometidos, algumas considerações merecem ser tecidas ao levarmos em conta o tempo decorrido entre o acometimento e o acesso aos serviços de reabilitação. O tempo de entrada tardio adotado para este estudo (maior que um mês) revela a fragilidade no acesso aos serviços de reabilitação, podendo inclusive imputar em prejuízos para o estado de saúde do indivíduo. Assim, estudo evidencia que quanto mais cedo for iniciado o processo de reabilitação (até o 6º mês), menor é a ocorrência de indivíduos com a necessidade de manterem-se institucionalizados na fase crônica, necessitando de menos recursos de reabilitação a longo prazo.⁶

De acordo com a *European Stroke Initiative*¹⁹, o tempo de início ideal para a realização da reabilitação deve acontecer o mais precoce possível, uma vez que pode diminuir o número de indivíduos dependentes pós-AVE. A menor quantidade de dias transcorridos entre o início dos sintomas e a admissão nos serviços de reabilitação tem demonstrado associação significativa em relação a melhores resultados funcionais, no que se refere à função motora, à mobilidade e à execução das atividades de vida diária; além de exercer influência em relação ao maior progresso nos resultados e, consequentemente, permanência reduzida nos serviços e redução de custos.²⁰

Em pesquisas que utilizaram instrumentos de avaliação funcional, como a Medida de Independência Funcional (MIF), o Índice de Barthel e do *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey* (SF36), demonstraram melhores resultados funcionais na fase crônica do AVE entre os sujeitos que iniciaram a reabilitação em até sete dias de lesão, em comparação com aqueles que iniciaram o tratamento com 30 dias do acometimento.^{6,21}

Logo, o início precoce de intervenções de reabilitação dentro de três até 30 dias pós-AVE está fortemente associado com melhores resultados funcionais.^{6,21} Em contrapartida, longos períodos de espera para o início do tratamento têm impacto negativo na função motora e, consequentemente, na sua funcionalidade.²² Tem sido apontado que a reabilitação intensiva de até seis meses pode repercutir como melhorias na mobilidade e atividades de vida diária²³, salientando a

necessidade do encaminhamento em tempo oportuno para a obtenção de melhores resultados.¹⁶

Alguns estudos sinalizam que a reabilitação em tempo hábil é fator determinante para uma melhora funcional, necessitando de menos recursos de reabilitação em longo prazo. Pode-se atribuir essa relação ao fato que a recuperação neurológica acontece, sobretudo, entre o primeiro e o terceiro mês após-AVE, e a recuperação funcional principalmente entre o 3º e o 6º.^{6, 24}

Neste estudo, a maioria dos indivíduos declarou acesso a algum tipo de serviço de reabilitação, porém, em um tempo tardio (>30 dias). Considerando a organização dos serviços de saúde de maneira geral, no Brasil, ainda existem barreiras que dificultam o acesso diante das necessidades apresentadas pelos indivíduos. Embora o modelo de organização preconize um fluxo articulado e organizado, observam-se fragilidades nos caminhos de acesso aos serviços após o encaminhamento, bem com a demora para a marcação das sessões, fatores estes que influenciam para a desistência do tratamento²⁵ e comprometem as chances de recuperação funcional dos indivíduos.

Outros fatores ainda comprometem a universalização do acesso aos serviços de saúde, exercendo influência no tempo de entrada dos usuários para a realização do acompanhamento longitudinal demandado pelo AVE. Entre esses, destacam-se a motivação do paciente, a satisfação em relação ao serviço e à qualidade de atendimento, bem como a resolutividade das ações de reabilitação.²⁶ Aponta-se também o não encaminhamento formal; a falta de disponibilidade de vagas e de profissionais nos serviços; os fatores ambientais relacionados aos obstáculos geográficos decorrentes da estrutura física e arquitetônica dos serviços públicos; o deslocamento e transporte entre o domicílio e os serviços; o custo dos serviços privados.²⁶

Um estudo realizado na cidade de João Pessoa evidencia que a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família não aconteceu ao mesmo passo que os serviços especializados nos quais inserem-se os serviços de reabilitação, podendo justificar o acesso tardio verificado neste estudo.²⁵ Para os autores, ao levar em consideração as condições físicas e socioeconômicas de muitos usuários do município onde foi realizado o estudo, a busca pela reabilitação ocorre em diversos casos por meio da Atenção Básica, resultando em longos tempos de espera pelo

tratamento e consequente identificação de uma elevada demanda reprimida.²⁶

Na figura 2, relativa à escolaridade, foi possível verificar que aqueles com nível médio/técnico apresentaram maior probabilidade de inserção nos serviços de reabilitação, sendo realizada de maneira mais precoce que a dos indivíduos de grau educacional mais baixo. Na literatura, há referência de escolaridade mais alta associada ao aumento da sobrevida, ao melhor controle e conhecimento da doença e de seus fatores de riscos para doenças cardiovasculares e maior capacidade de retorno ao trabalho.² Em investigação realizada em um hospital de Fortaleza com 75 sujeitos acometidos pelo AVE verificou-se que 72% destes tinham baixa escolaridade. Para os autores do estudo, o status socioeconômico aparece como um importante fator de não aderência à realização do tratamento, no que diz respeito a hipertensão arterial, considerado como relevante fator de risco para início de doenças cardiovasculares.²⁸

Nesse sentido, é possível inferir a relação entre o nível educacional dos pacientes com AVE e a inserção em fase inicial após o acometimento nos serviços de reabilitação: quanto maior o nível de escolaridade, mais cedo será a entrada do paciente com AVE no serviço de reabilitação. Esse pressuposto é baseado na perspectiva de que o indivíduo com maior grau educacional conheça a importância de buscar os serviços de reabilitação e tenha maior compreensão acerca das orientações de saúde, contribuindo para maior adesão e participação deste grupo.¹⁴

CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que, embora a maioria dos indivíduos pós-AVE tenham tido acesso à reabilitação, o tempo despendido entre o diagnóstico da doença e os cuidados de reabilitação foi realizado de forma tardia e predominantemente pelos serviços de Fisioterapia. O acesso precoce se associou a maiores níveis de escolaridade.

Diante das incapacidades e limitações resultantes do AVE e a necessidade de intervenções precoces após o acometimento, torna-se fundamental dar visibilidade aos fatores que influenciam e limitam as oportunidades de acesso, sobretudo, no âmbito do SUS. Os resultados e discussão apresentados podem contribuir para o planejamento e gestão dos serviços de saúde e reabilitação, garantindo a qualidade da assistência e o cuidado longitudinal e integral à saúde.

AGRADECIMENTO

Ao financiamento da FAPESQ/PB (processo 005/2009). À Secretaria de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde de João Pessoa pelo apoio logístico para o estudo.

REFERÊNCIAS

1. Johansen I, Lindbak M, Stanghelle JK, Brekke M. Independence, institutionalization, death and treatment costs 18 months after rehabilitation of older people in two different primary health care settings. BMC Health Serv Res [Internet]. 2012 Nov [cited 2014 Apr 04];12:400. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-400.pdf>
2. Lima ML, Santos JLF, Sawada NO, Lima LAP. Quality of life of individuals with stroke and their caregivers in a city of Triângulo Mineiro. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2014 Apr-June [cited 2014 Aug 12];17(2):453-64. Available from: http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v17n2/p_t_1415-790X-rbepid-17-02-00453.pdf
3. Liao LR, Lau RWK, Pang MYC. Measuring environmental barriers faced by individuals living with stroke: development and validation of the Chinese version of the Craig Hospital inventory of environmental factors. J Rehabil Med [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Jan 10];44:740-46. Available from: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-1014>
4. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Clinical severity and functionality of acute stroke patients attended at the physiotherapy public service of Natal, Rio Grande do Norte State, Brazil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Apr 20];16(Supl.1):1341-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a68v16s1.pdf>
5. Fernandes MB, Cabral DL, Souza RJP, Sekitani HY, Teixeira-Salmela LF, Laurentino GEC. Functional independence of individuals with chronic hemiparesis and its relation to physiotherapy. Fisioter Mov [Internet]. 2012 Apr-June [cited 2014 Oct 21];25(2):333-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n2/v25n2a11.pdf>
6. Cecatto RB, Almeida CI. Rehabilitation planning in the acute phase after encephalic vascular accident. Acta fisiátrica [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Jan 10];17(1):37-43. Available from: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=75#
7. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Apr 23];45(5):1083-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a08.pdf>
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res [Internet]. 1975 Nov [cited 2015 Mar 05];12(3):189-98. Available from: <http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956%2875%2990026-6/pdf>
9. Barros VFA, Menezes JE. Aplicação da Teoria da Análise de Sobrevivência no Cálculo do Risco de Morte por Infecção Hospitalar. Cadernos ETS [Internet]. 2008 Jan [cited 2014 May 15];1(1):81-5. Available from: <http://cadernosets.inhumas.igf.edu.br/index.php/cadernosets/article/viewFile/133/55>
10. Carvalho MA, Coutinho APO, Carvalho GDA, Queiroz DTC, Santos SR. Epidemiology of brain vascular accidents served through the urgency mobile service. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2015 Mar [cited 2015 Apr 03];9(3):1015-21. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7189
11. Lucena EMF, Morais JD, Batista HRL, Mendes LM, Silva KSQR, Neves RF et al. The functionality of patients afflicted with EVA according to their access to rehabilitation. Acta Fisiátrica [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 Jan 10];18(3):112-8. Available from: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=58
12. Ribeiro KSQS, Neves RF, Brito GEG, Morais JD, Lucena EMF, Medeiros JM et al. Profile of users affected by stroke followed by the Family Health Strategy in a capital of northeastern Brazil. Rev bras ciênc saúde [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 20];16(supl.2):35-44. Available from: <http://www.okara.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16433/9522>
13. Berges IM, Kuo YF, Ottenbacher KJ, Scale GS, Oster GV. Recovery of Functional Status After Stroke in a Tri-Ethnic Population. PM R [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Mar 13];4(4):290-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496396/pdf/nihms-415293.pdf>
14. Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Quality of life of patients with stroke rehabilitation. Acta paul enferm [Internet]. 2013 Feb [cited 2015 Feb 05];26(2):205-12. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a16.pdf>

15. Fallahpour M, Tham K, Joghataei MT, Jonsson H. Perceived participation and autonomy: aspects of functioning and contextual factors predicting participation after stroke. *J Rehabil Med* [Internet]. 2011 Apr [cited 2015 Feb 05];43(5):388-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21448554>
16. O'Sullivan EJ, Williams DJ, Shanahan O'Connell J, Kirrane K, Armitage D, Leahy W et al. Access to In-Patient Stroke Services and Multidisciplinary Team (MDT) Rehabilitation: Current Demands and Capacity. *Ir Med J* [Internet]. 2014 June [cited 2014 Dec 15];107(6):171-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24988832>
17. Lopes GL, Castaneda L, Sobral LL. Addressing functional activities and the influence of environmental factors in post-stroke hemiparetic patients before and after physical therapy. *Acta Fisiátrica* [Internet]. 2012 Oct [cited 2015 Jan 10];19(4):237-42. Available from: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=484
18. Oliveira ARS, Costa AGS, Chaves DBR, Alves FEC, Moreira RP, Araújo TL. Evaluation of the functional capacity among of the aged with stroke. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2011 May [cited 2014 Dec 20];5(3):748-56. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1654/pdf_488
19. Committee ESIE, Committee EUSIW, Olsen TS, Langhorne P, Diener HC, Hennerici M et al. Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management - Update 2003. *Cerebrovasc Dis* [Internet]. 2003 July [cited 2014 Dec 15];16(4):311-37. Available from: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/EUSI2003_Cerebrovasc_Dis.pdf
20. Maulden AS, Gassaway J, Horn SD, Smout RJ, DeJong G. Timing of initiation of rehabilitation after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2005 Dec [cited 2015 Feb 10];86 (12Supl2):S34-S40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16373138>
21. Musicco MMD, Emberti L, Nappi G, Caltagirone C. Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: The role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2003 Apr [cited 2015 Feb

- 16];84(4):551-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12690594>
22. Fernandes TG, Goulart AC, Santos-Junior WR, Alencar AP, Benseñor IM, Lotufo PA. Educational levels and the functional dependence of ischemic stroke survivors. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 Aug [cited 2015 Jan 10];28(8):1581-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n8/16.pdf>
23. Kwakkel G, Van PR, Wagenaar RC, Wood DS, Richards C, Ashburn A et al. Effects of augmented exercise therapy time after stroke: a meta-analysis. *Stroke* [Internet]. 2004 Nov [cited 2015 Jan 20];35(11): 2529 -39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15472114>
24. Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, Oliveira SG. The profile of Cerebrovascular Accident patients assisted at the Physical Therapy Neurological Clinic of the University of Passo Fundo. *Rev bras promoç saúde* [Internet]. 2007 Jan [cited 2014 Dez 10];20(1):22-7. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/997/2158>
25. Sousa ARB, Ribeiro KSQS. The Physiotherapy Health Care System in the Municipality of João Pessoa: an Analysis from the Demands of Primary Care. *Rev bras ciênc saúde* [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Feb 12];15(3):357-68. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/10836/6829>
26. Souza CCBX, Rocha EF. Entry doors or shut doors? Access to rehabilitation within basic health units of the southeastern region of the city of São Paulo - from 2000 to 2006. *Rev ter ocup* [Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Nov 25];21(3):230-9. Available from: www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14109/15927
27. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Early cerebrovascular accident: implications in working-age adults assisted by the Brazilian Public Health System. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2004 Jan-Mar [cited 2014 Sept 19];4(1):95-102. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19985.pdf>
28. Mendonça LBA, Lima FET, Oliveira SKP, Cunha LGP. Sociodemographic characteristics of hipertensive patients victims of cerebrovascular accident. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 Mar 15];7(10):6169-73. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem>

m/index.php/revista/article/view/3062/pdf_3757

Submissão: 07/07/2015
Aceito: 23/10/2015
Publicado: 01/12/2015

Correspondência

Ingrid Davis da Silva Gadelha
Universidade Federal da Paraíba - Campus I
Departamento de Fisioterapia
Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde
Coletiva (LEPASC)
Bairro Cidade Universitária, s/n
CEP 58059-900 – João Pessoa(PB), Brasil