



ACESSO DE SUJEITOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA

INDIVIDUALS' ACCESS AFTER CEREBROVASCULAR ACCIDENT TO THE PHYSICAL THERAPY SERVICES

ACCESO DE SUJETOS POST-ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL A LOS SERVICIOS DE FISIOTERAPIA

Luciana Moura Mendes¹, Ingrid Davis da Silva Gadelha², Geraldo Eduardo Guedes de Brito³, Ronei Marcos de Moraes⁴, Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro⁵

RESUMO

Objetivo: caracterizar o acesso aos serviços de fisioterapia de sujeitos após o AVC. **Método:** recorte de estudo longitudinal com indivíduos pós-AVC admitidos em um hospital público de uma capital do Nordeste. Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas, entre 15 e 21 dias após a alta hospitalar e 90 e 105 após a primeira entrevista. Posteriormente, esses dados foram processados no *software* estatístico R. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 06573712.9.0000.5188. **Resultados:** 66,7% dos pacientes apresentavam deficiência classificada de moderada a grave; 30,8% tiveram acesso aos serviços de fisioterapia; 41,7% utilizaram o serviço público para a marcação; 66,7% realizaram a fisioterapia em domicílio; 58,3% pagaram pelo serviço e realizaram duas a três sessões semanais e 50% entre 11 e 20 sessões. No momento da entrevista, apenas 50% estavam em tratamento. **Conclusão:** destaca-se a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de fisioterapia. O estudo pode subsidiar um melhor planejamento e reorganização da rede de saúde em seus diversos níveis de atenção. **Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde; Acidente Cerebrovascular; Reabilitação; Doença Crônica; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to characterize the access to physical therapy services to individuals after a stroke. **Method:** this is a longitudinal study clipping with post-stroke individuals admitted to a public hospital in a capital of the Northeast. Data were collected through structured interviews after 15 and 21 days hospital discharge and after 90-105 days of the first one. Then, the data were processed using the statistical software R. The Research Ethics Committee, CAAE 06573712.9.0000.5188, approved the research project. **Results:** 66.7% of patients had moderate to severe disabilities classified; 30.8% had access to physiotherapy services; 41.7% used the public service for appointments; 66.7% had physical therapy at home; 58.3% have paid for the service and had treatment from two to three times a week e 50% between 11 and 20 sessions. At the time of the interview, only 50% were being treated. **Conclusion:** it is highlighted the need to expand access to physiotherapy services. The study can support better planning and reorganization of the health system in its different levels of care. **Descriptors:** Access to Health Services; Cerebrovascular Accident; Rehabilitation; Chronic Disease; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el acceso a los servicios de fisioterapia de sujetos después de un AVC. **Método:** recorte de estudio longitudinal con individuos post-AVC admitidos en un hospital público en una capital del Nordeste. Los datos fueron recogidos por medio de entrevistas estructuradas, entre 15 e 21 días después de alta hospitalaria y 90-105 después de la primera. Posteriormente, los datos fueron procesados en el *software* estadístico R. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE nº 06573712.9.0000.5188. **Resultados:** 66,7% de los pacientes presentaban deficiencia clasificada de moderada a grave; 30,8% tuvieron acceso a los servicios de fisioterapia; 41,7% utilizaron el servicio público para la marcación; 66,7% realizaron la fisioterapia en su domicilio; 58,3% pagaron por el servicio y realizaron dos a tres sesiones semanales y 50% entre 11 y 20 sesiones. En el momento de la entrevista apenas 50% estaban en tratamiento. **Conclusión:** se destaca la necesidad de ampliar el acceso a los servicios de fisioterapia. El estudio puede subsidiar un mejor planeamiento y reorganización de la red de salud en sus diversos niveles de atención. **Descriptores:** Acceso a los Servicios de Salud; Accidente Cerebrovascular; Rehabilitación; Enfermedad Crónica; Salud Pública.

¹Fisioterapeuta, Mestre em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: lucianamm@hotmail.com; ²Fisioterapeuta, Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde, Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: ingridgadelha@hotmail.com; ³Fisioterapeuta, Doutorando em Saúde Pública, Professor da Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: dudugif@yahoo.com.br; ⁴Estatístico, Professor Doutor, Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: ronei@de.ufpb.br; ⁵Fisioterapeuta, Professora Doutora, Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: katiagsribeiro@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma alteração neurológica de rápido desenvolvimento causada pela interrupção do fluxo sanguíneo em determinada área encefálica.¹ Atualmente, representa a primeira causa de incapacidade prolongada e comprometimento funcional em adultos e uma das principais causas de morte em todo o mundo.²

O processo de reabilitação tem o intuito de melhorar a capacidade física, funcional e/ou mental, promovendo a reinserção e reintegração das pessoas com deficiência à sociedade.³ A intensidade do tratamento, o período de tempo entre a lesão e o início da reabilitação são fatores que influenciam a recuperação da função neurológica após o acometimento.⁴ O início precoce (nos primeiros seis meses) da reabilitação dos sujeitos após o AVC ganha destaque por ser possível, nesse período, se alcançar melhores respostas ao tratamento, com consequente redução das repercussões negativas na capacidade funcional.⁵

Nesse contexto da reabilitação, a assistência fisioterapêutica tem um papel de destaque por contribuir para a redução de quadros algícos, prevenção de complicações, melhora do estado funcional e colaborar na adaptação às limitações decorrentes do AVC. Auxilia, assim, na reinserção social e atenua os impactos da doença. Considerando-se os serviços envolvidos no processo de reabilitação, pesquisas verificaram que a abordagem fisioterapêutica tem sido a mais demandada no pós-AVC.⁶

Conforme a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantido ao indivíduo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁷ No entanto, estudos revelam que limitações no acesso aos serviços de saúde estão presentes em todos os níveis de atenção.⁸ Entretanto, o acesso aos serviços especializados, onde estão inseridos os de reabilitação, tem sido considerado pelos gestores e pesquisadores como um dos principais obstáculos para a efetivação da integralidade do Sistema Único de Saúde - SUS.⁹

No que se refere à assistência fisioterapêutica, as limitações do acesso estão relacionadas às questões físicas, financeiras e burocráticas de encaminhamento e de agendamento.¹⁰ A oferta de serviços de fisioterapia pelo SUS ainda é insuficiente, necessitando mais investimentos, seja por meio da contratação de recursos humanos,

ampliação da rede de serviços ou disponibilização de transporte adequado para os usuários.¹⁰⁻¹

Evidencia-se, assim, a relevância de pesquisas acerca do acesso aos serviços de fisioterapia por indivíduos após o AVC. Essas investigações podem fornecer subsídios para a ampliação do conhecimento no âmbito do cuidado à saúde desse segmento, bem como servir de ferramenta para aprimorar as estratégias de acesso existentes, visando garantir a integralidade no cuidado. Com base no exposto, este estudo teve como objetivo caracterizar o acesso aos serviços de fisioterapia de sujeitos após o AVC.

MÉTODO

Trata-se do recorte de um estudo longitudinal realizado por meio de quatro ondas de inquérito domiciliar. A população foi constituída por indivíduos de ambos os sexos, residentes dos municípios de João Pessoa e Cabedelo, admitidos em um hospital público da cidade de João Pessoa/Paraíba entre os meses de abril e maio de 2013, que apresentaram o AVC (isquêmico ou hemorrágico) como causa primária no Boletim de Emergência.

Para o presente estudo, foram utilizados os dados referentes a dois momentos: a primeira entrevista, realizada entre 15 e 21 dias após alta hospitalar (T0), e a segunda (T1), entre 90 e 105 dias após T0. Após a identificação dos indivíduos por meio dos dados secundários disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do hospital, uma equipe de pesquisadores devidamente treinada contatava os sujeitos e/ou seus responsáveis legais, informando os objetivos da pesquisa e convidando-os a participar. As visitas domiciliares eram previamente agendadas por telefone. Os critérios de elegibilidade dos sujeitos foram: usuários com diagnóstico confirmado de AVC durante as visitas domiciliares e residentes nos municípios supracitados.

Foi identificado um total de 107 sujeitos, dentre os quais, 27 evoluíram ao óbito entre a alta e o momento de contato para marcação da primeira entrevista, cinco recusaram-se a participar, 23 não foram localizados por endereço ou telefone ou apresentaram dificuldade no agendamento da entrevista, impossibilitando a sua realização no prazo estabelecido, dois passaram a residir em outra cidade, totalizando 50 indivíduos. Em virtude das perdas por mudança de endereço (5), nova recusa (1) e óbitos (5), após três meses da primeira entrevista, a população do estudo totalizou 39 indivíduos.

Para a coleta dos dados, os instrumentos utilizados foram elaborados a partir de uma revisão da literatura. Na primeira entrevista, foram investigadas questões referentes às características socioeconômicas, demográficas e clínicas dos sujeitos, assim como o acesso aos serviços de fisioterapia. Para a avaliação do comprometimento funcional, utilizou-se a Escala Modificada de Rankin.¹² Na segunda entrevista, foram investigadas as condições gerais de saúde, a presença de fatores risco para o AVC e o acesso aos serviços de reabilitação.

Os dados foram armazenados e analisados no *software* estatístico livre e gratuito R. Foi utilizada a estatística descritiva para apresentação dos resultados. O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, tendo

sido aprovado com o número do protocolo 0372/12 (CAEE: 06573712.9.0000.5188).

RESULTADOS

Os 39 indivíduos que compuseram a população do estudo (respondentes da primeira e da segunda entrevista) apresentaram uma distribuição homogênea em relação ao sexo, com faixa etária a partir dos 60 anos (média de idade= 61,6 anos, dp= 15,7), porém destaca-se um percentual de indivíduos na faixa etária entre 40 e 59 anos. No que se refere às características clínicas dos sujeitos, o tipo prevalente foi o isquêmico, sendo o lado direito mais afetado e com maioria relatando até dois episódios de AVC (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais da população do estudo

Características	n	%
Sexo		
Feminino	22	56,4
Masculino	17	43,6
Faixa etária		
15 até 39 anos	4	10,3
40 a 59 anos	14	35,9
60 anos ou mais	21	53,8
Tipo de AVC		
Isquêmico	27	69,2
Hemorragico	12	30,8
Número de episódios		
Até dois	34	87,2
Mais de dois	5	12,8
Lado afetado		
Direito	18	46,2
Esquerdo	16	41,0
Ambos	5	12,8
Número de episódios		
Apenas um episódio	22	56,4
Dois episódios	12	30,8
Mais de dois episódios	5	12,8

Vale ressaltar que 79,5% dos indivíduos não foram encaminhados aos serviços de fisioterapia. De acordo com os resultados da Escala Modificada de Rankin, apresentados na Tabela 2, mais da metade dos sujeitos apresentavam deficiência classificada entre moderada e grave na primeira entrevista. Na segunda entrevista, constatou-se que cerca de um terço desses sujeitos haviam tido acesso

aos serviços de fisioterapia até aquele momento. 50% dos sujeitos que relataram ter tido acesso no período permaneciam em tratamento na data da segunda entrevista. Entre os que informaram ter tido acesso à fisioterapia, verificou-se que a maioria deles apresentava deficiência classificada de moderada a grave.

Tabela 2. Características funcionais dos sujeitos e acesso aos serviços de Fisioterapia

Classificação de Rankin	População (n=39)	Acesso em T1 (n=12)	Em tratamento (n=06)
Sem sintomas	6	-	-
Nenhuma deficiência significativa a despeito dos sintomas	5	-	-
Leve deficiência	2	-	-
Deficiência moderada	10	3	2
Deficiência moderadamente grave	12	6	3
Deficiência grave	4	3	1

A Tabela 3 apresenta as características do acesso aos serviços de fisioterapia. A maioria dos sujeitos iniciou o tratamento fisioterapêutico em até oito semanas após a

alta hospitalar, com frequência de duas a três vezes na semana, tendo realizado entre 11 e 20 sessões em seu domicílio, pagando por esse serviço.

Tabela 3. Características do acesso aos serviços de fisioterapia de sujeitos com Acidente Vascular Cerebral (n=12)

Características	n	%
Início do tratamento (após a alta hospitalar)		
Até 2 semanas	6	50,0
Entre 4 e 8 semanas	2	16,7
Mais de 8 semanas	1	8,3
Não souberam informar	3	25,0
Frequência (semanal)		
Uma vez	4	33,3
Duas a três vezes	7	58,3
Mais de três vezes	1	8,4
Local de tratamento		
Domicílio	8	66,7
Centro de reabilitação	3	25,0
Outros	1	8,3
Sessões		
Até 10 sessões	3	25,0
Entre 11 e 20 sessões	6	50,0
Entre 21 e 40 sessões	3	25,0
Pagamento pelo serviço de reabilitação		
Sim	7	58,4
Não	4	33,3
Não soube informar	1	8,3

DISCUSSÃO

Estudos longitudinais observacionais com indivíduos pós-AVC foram desenvolvidos apresentando um número amostral semelhante a este.¹³ Eles objetivavam acompanhar os sujeitos por um período de tempo sem interferir nas suas condições de vida e compreender as possíveis alterações no curso da doença e seus fatores de risco. Em relação às características da população, verificou-se homogeneidade quanto ao acometimento entre os sexos.¹⁴

Quanto à faixa etária, observou-se uma maior prevalência dos sujeitos com idade de 60 anos ou mais, compatível com os estudos que apontam maior incidência de AVC entre os idosos.¹⁵ No entanto, destaca-se o fato de que 35,9% dos sujeitos se encontravam na faixa de idade entre 40 e 60 anos, representando um percentual considerável da população economicamente ativa e jovem, a qual está

sendo acometida por esse agravo.¹⁶ Um dos fatores que justificam a ocorrência do AVC em pessoas mais jovens é a prevalência da hipertensão arterial,¹⁷ impondo a necessidade de estratégias mais eficazes no âmbito da prevenção e promoção da saúde, visando o seu controle.

No tocante às características clínicas do AVC, nessa investigação, verificou-se uma maior frequência de ocorrência do tipo isquêmico, acometendo o lado direito.¹⁸⁻⁹ Os entrevistados declararam terem sido acometidos por até dois episódios de AVC, contrapondo os achados do estudo realizado no município de Vitória, Espírito Santo²⁰, nos quais a maioria dos indivíduos tiveram apenas um episódio. Essa reincidência do AVC pode piorar a situação clínica dos sujeitos e agravar o quadro funcional.

A maior parte dos sujeitos apresentou deficiência de moderada a grave (escores entre 3 e 5). Esse resultado aponta que a

Mendes LM, Gadelha IDS, Brito GEG de et al.

maioria das pessoas acometidas pelo AVC, nesse estudo, possuíam importantes graus de dependência funcional.²¹ Investigação realizada em São Paulo revelou que 40% dos indivíduos com AVC demonstraram algum grau de dependência funcional em 28 dias e que 34,4% tinham algum grau de dependência funcional em 6 meses.²²

Apesar da presença de comprometimento funcional, constatou-se que apenas 30,8% dos indivíduos tiveram acesso aos serviços de fisioterapia após três meses do acometimento. Nos países em desenvolvimento, as informações sobre acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços de reabilitação são mínimas, dificultando a busca por tais serviços.²³ Essas questões também podem ser uma realidade no sistema de saúde brasileiro. Em outra investigação, foi possível observar que 26% das pessoas acometidas pelo AVC nunca tiveram acesso ao tratamento mesmo com um tempo médio de acometimento de 5,5 anos.²⁴ Logo, a restrição no acesso aos serviços de fisioterapia não parece ser uma situação recente e exclusiva do município estudado.

O acesso aos serviços de fisioterapia promove ganhos funcionais, auxilia na reinserção social da pessoa com deficiência e na readaptação às atividades da vida diária.²⁵ Estudo realizado com idosos, vítimas de AVC, atendidas nos serviços de saúde do município de Campinas,²⁶ evidenciou que os indivíduos com AVC que tiveram o acesso aos serviços de reabilitação apresentaram melhor capacidade funcional ao comparar com aqueles que não tiveram. Esse acesso ao tratamento está diretamente relacionado à evolução clínica e funcional dos acometidos. Em estudo realizado nos hospitais da Alemanha²¹, evidenciou-se que quanto maior o comprometimento funcional, identificado por meio da Escala Modificada de Rankin, maior é a necessidade de acesso aos serviços de fisioterapia.

No presente estudo, a maior parte dos sujeitos que declararam ter tido acesso iniciou o tratamento em um período de até duas semanas. Pesquisa desenvolvida com 30 indivíduos acometidos por AVC após três meses da alta hospitalar revelou que a maioria deles iniciou a fisioterapia entre 6 e 15 dias após a alta.²⁷

Evidências da literatura especializada apontam que o ideal é iniciar o tratamento imediatamente após o acometimento, visando potencializar a reorganização do tecido cerebral, maximizando assim a funcionalidade em suas atividades de vida diária.⁵ Vale salientar que o início tardio da intervenção

Acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral...

fisioterapêutica pode ocasionar o aparecimento de contraturas e deformidades, dores - especialmente no caso de subluxação de ombro -, diminuição da força muscular e demora na reaprendizagem motora, dificuldades no equilíbrio e na marcha.²⁸

Em relação à frequência do tratamento, este estudo verificou que a maioria realizou de duas a três vezes na semana.²⁹ Atualmente, na regulação do acesso ao tratamento fisioterapêutico na rede pública, preconizam-se dez sessões, desconsiderando as particularidades do sujeito, sendo na maioria das vezes insuficiente. Além disso, a dificuldade na renovação dessas sessões, tendo que retornar ao médico e recomeçar o fluxo do encaminhamento, retarda a continuidade do tratamento.¹⁰

A maior parte dos sujeitos foi submetida à assistência fisioterapêutica em seu domicílio talvez pela dificuldade de se deslocar para os centros ou pela indisponibilidade de vagas. No entanto, outro estudo³⁰ afirma que essa intervenção em domicílio tem uma influência positiva na recuperação do sujeito com AVC, pelo fato de também envolver a família com orientações.

Sabe-se que o AVC é uma patologia impactante que ocasiona diversas alterações na vida da pessoa acometida e de seus familiares, e que essas alterações implicam em gastos financeiros. Verificou-se que mais da metade dos sujeitos do estudo necessitaram pagar pelo tratamento da fisioterapia. Considerando-se o princípio da integralidade da assistência no SUS, segundo o qual o acesso a todos os níveis de atenção à saúde deve ser assegurado de modo a atender integralmente as necessidades de saúde, questiona-se o modo como estão estruturados esses serviços, qual o número de profissionais envolvidos e como organizam essa demanda assistencial. Ressalta-se o fato de que 59% dos sujeitos do estudo tinham renda de até dois salários mínimos, enquanto 35,9% recebiam até quatro salários mínimos. Nesse contexto socioeconômico, o fato de arcar com os custos do tratamento fisioterapêutico, além de todas as despesas que a condição de saúde desses sujeitos requer, representa um gasto excessivamente elevado para essas famílias. Possivelmente essa questão financeira interferiu na continuidade do tratamento, o que se reflete no fato de que apenas a metade das pessoas que haviam tido acesso permaneciam em tratamento no momento da segunda entrevista, representando 15,4% de todos os sujeitos.

Também é importante que esses profissionais sejam capacitados para atender à

Mendes LM, Gadelha IDS, Brito GEG de et al.

demanda.¹⁰ Por outro lado, apesar de ser verificada a necessidade de ampliação dos serviços de fisioterapia na perspectiva de equilibrar a relação de oferta e demanda, deve-se tentar, ao mesmo tempo, definir os critérios para o acesso, agilizando o atendimento e possibilitando rotatividade nos serviços.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se a dificuldade do acesso que as pessoas que necessitam de atenção fisioterapêutica ainda enfrentam, desde o período da internação hospitalar até três meses após o Acidente Vascular Cerebral. Diante disso, salienta-se a necessidade de reorganização dos serviços nos diversos níveis de atenção à saúde, com vistas a assegurar o acesso aos serviços de fisioterapia e evitar os problemas decorrentes da falta de tratamento, tais como a dependência funcional e o isolamento social dela decorrente.

Destaca-se um baixo percentual de encaminhamentos, assim como também o fato de que poucos tiveram acesso à fisioterapia, tendo, em sua maioria, que pagar por esse serviço. Este estudo subsidia a discussão acerca do acesso aos serviços de fisioterapia, sendo importante para o planejamento e a reorganização da rede de saúde em seus diversos níveis de atenção. Além disso, buscou-se ressaltar a importância do início precoce no processo de reabilitação, levando em consideração os fatores intrínsecos à doença e o contexto social do acometido, na tentativa de amenizar as barreiras ainda existentes.

Embora se trate de um estudo local, seus resultados parecem ser ilustrativos da realidade de muitos municípios brasileiros, o que pôde ser verificado em outros estudos realizados. Uma limitação do estudo está relacionada ao fato de que o hospital público onde foram captados os sujeitos disponibilizou apenas dois meses para a realização da coleta dos dados, inviabilizando um número maior na população. O estudo longitudinal também apresenta dificuldades com perdas por óbito, mudança de domicílio ou até mesmo falta de interesse dos sujeitos em participar ou continuar na pesquisa no decorrer do estudo.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral...

REFERÊNCIAS

1. O'Sullivan SB, Schmitz TJ. Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. 5th ed. São Paulo; 2010.
2. Buchan AM, Balami JS, Arba F. Epidemiologia da prevenção do acidente vascular cerebral e urgência do tratamento. In: Spence JD. Acidente vascular cerebral: prevenção, tratamento e reabilitação. Porto Alegre; 2013.
3. Javier NSC, Montagnini ML. Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. J Palliat Med [Internet]. 2011 [cited 2014 June 22];14(5):638-48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592031>
4. Borella MP, Sacchelli T. Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. Rev Neurocienc [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 23];17(2):161-9. Available from: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2002/14.pdf>
5. Huang HC, Chung KC, Lai DC, Sung SF. The impact of timing and dose of rehabilitation delivery on functional recovery of Stroke patients. J Chin Med Assoc [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar 12];72(5):257-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19467949>
6. Ribeiro RSQS, Neves RF, Brito GEG, Moraes JD, Lucena EMF, Medeiros JM et al. Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. Rev bras cien saúde [Internet]. 2012 [cited 2014 July 10];16(supl.2):35-44. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16433>
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Promulgado em 5 de out. de 1988.
8. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Jr GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2014 Apr 2];19(4):1283-93. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030543029>
9. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. Physis (Rio J.) [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 20];20(3):953-72. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000300014&script=sci_arttext

10. Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. Interface comun saúde educ [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 5];18(58):75-86. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000100075&script=sci_arttext

11. Bispo Júnior, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 20];15(supl.1):1627-36. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700074

12. Rocco A, Heuschmann PU, Schellinger PD, Köhrmann M, Diedler J, Sykora M et al. Glycosylated hemoglobin A1 predicts risk for symptomatic hemorrhage after thrombolysis for acute Stroke. Stroke [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 2];44(8):2134-8. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23715962>

13. Roosink M, Renzenbrink GJ, Buitenweg JR, Van Dongen RT, Geurts AC, Ijzerman MJ. Persistent shoulder pain in the first 6 months after Stroke: results of a prospective cohort study. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2011[cited 2014 Feb 1];92(7):1139-45. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21704795>

14. Chan L, Sandel ME, Jette AM, Appelman J, Brandt DE, Cheng P et al. Does postacute care site matter? A longitudinal study assessing functional recovery after a Stroke. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 26]; 94(4):622-9. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23124133>

15. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia. Puc Minas Betim. Rev Neurocienc [Internet]. 2010 [cited 2014 July 8];18(2):139-44. Available from:

<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/443%20original.pdf>

16. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em Hospital terciário. Rev CEFAC [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 1];13(2):330-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462011000200016&script=sci_arttext

17. Cavalcante TF, Moreira RP, Araujo TL, Lopes MVO. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. Rev latinoam enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 28];18(4): 1-6. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_07.pdf

18. Jammali-Blasi A, Mcinnes E, Markus R, Faux S, O'Loughlin G, Dale S et al. A study of 90-day outcomes for a cohort of patients admitted to an Australian metropolitan acute Stroke unit. J Vasc Nurs [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 15];29(1):3-10. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21315288>

19. Monteiro KS, Souza CG, Franco CIF, Moura JV. Caracterização funcional de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico assistidos em uma Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 1];17(3):269-74. Available from:

<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/14435>

20. Silveira SR, Ribeiro APD, Viana DR, Velho S, Vitor JA, Marcon LF. Análise do perfil funcional de pacientes com quadro clínico de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Ensaios e C [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 3];14(1):15-28. Available from:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26018705003>

21. Diederichs C, Mühlenbruch K, Lincke HO, Heuschmann PU, Ritter MA, Berger K. Predictors of dependency on nursing care after Stroke: results from the Dortmund and Münster Stroke registry. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2011 [cited 2014 Oct 9];108(36):592-9. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21966317>

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 [cited 2014 Aug 4];28(8):1581-90. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000800016

23. Lloyd-sherlock, P. Stroke in developing countries: epidemiology, impact and policy implications. Dev Policy Rev [Internet]. 2010 [cited 2014 May 10];28(6):693-709. Available from:

https://www.uea.ac.uk/polopoly_fs/1.133457!Stroke%20in%20developing%20countries.pdf

24. Leite HR, Nunes APN, Corrêa CL. Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico. Arq ciências saúde UNIPAR [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 10];15(1):15-21. Available from:

<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/3687>

25. Ribeiro KSQS. A relevância das redes de apoio social no processo de reabilitação. Rev bras ciênc saúde [Internet]. 2009 [cited 2014 Sept 23];13(2):69-78. Available from:

<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/3662>

26. Cruz KCT, Diogo MJD. Avaliação da capacidade funcional de idosos com Acidente Vascular Encefálico. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2014 Sept 1];22(5):666-72. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500011

27. Fernandes F, Santos F. Evolução motora e funcional de doentes com AVC nos primeiros três meses após a alta hospitalar. Rev Fac Ciênc Saúde [Internet]. 2010 [cited 2014 May 12];7:426-38. Available from:

<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3029/3/426-438.pdf>

28. Piassaroli CAP, Almeida GC, Luvizotto JC, Suzan ABBM. Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. Rev Neurocienc [Internet]. 2012 [cited 2014 July 22];20(1):128-37. Available from:

<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2001/revisao%2020%2001/634%20revisao.pdf>

29. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 10];16(supl.1):1341-48. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700068&script=sci_arttext

30. Lima CL, Pinto FCG, Torquato JA. Avaliação de um programa de orientação fisioterapêutica ao cuidador do paciente com Acidente Vascular Encefálico. UFPE on line [Internet]. 2014 July [cited 2015 Feb 15];8(supl.1):2324-32. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4539/pdf_5666

Submissão: 06/08/2015

Aceito: 26/10/015

Publicado: 01/02/2016

Correspondência

Luciana Moura Mendes

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Fisioterapia

Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva -LEPASC

Campus I

Bairro Cidade Universitária

CEP 58059-900 – João Pessoa (PB), Brasil