

Fisioter Bras 2018;19(5Supl):S161-S169

ARTIGO ORIGINAL

Intervenção fisioterapêutica no pós imediato de acidente vascular encefálico em um hospital no sertão da Paraíba

Physiotherapeutic intervention in the immediate post of encephalic vascular accident in a hospital of Paraíba

Érica de Freitas Martins*, Célio Diniz Machado Neto**, Luciana Maria de Moraes Martins Soares***, Lavoisier Moraes de Medeiros****, Heitor Cadête Alves Figueirêdo*****

Fisioterapeuta, Residente em Assistência Materno Infantil pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, **Fisioterapeuta e Professor do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos, *Fisioterapeuta e Professora do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos e do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, ****Fisioterapeuta e Professor do Curso de Fisioterapia das FIP, *****Acadêmico do décimo período de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP*

Endereço para correspondência: Érica de Freitas Martins, Rua São José, 5 Centro 58700-015 Patos PB, E-mail: ericafreitasmar@gmail.com; Célio Diniz Machado Neto: celiodiniz@yahoo.com.br; Luciana Maria de Moraes Martins Soares: luciana_momaso@hotmail.com; Lavoisier Moraes de Medeiros: lavoisier.medeiros@ifpb.edu.br; Heitor Cadête Alves Figueirêdo: heitoracadetef@gmail.com

Resumo

Diante das incapacidades do Acidente Vascular Encefálico, o fisioterapeuta atua no aperfeiçoamento do potencial de recuperação do paciente, fazendo-se necessária uma intervenção imediata. Com isso, objetivou-se analisar a atuação fisioterapêutica no pós-imediato de Acidente Vascular Encefálico em um hospital do sertão da Paraíba. Participaram da pesquisa 14 profissionais fisioterapeutas que trabalhavam na área vermelha do setor de urgência e emergência, na unidade de terapia intensiva (UTI) e nas enfermarias em um hospital no sertão paraibano. Os dados coletados foram obtidos através de um questionário que conteve questões sobre o nível de formação profissional, tempo de primeira intervenção fisioterapêutica após identificação do AVE, os recursos fisioterapêuticos utilizados e/ou priorizados por esses profissionais precocemente, a presença ou ausência de capacitação em Fisioterapia Neurológica, forma de encaminhamento para a fisioterapia, bem como, opiniões sobre a importância da assistência fisioterapêutica no pós-imediato de AVE e o conhecimento acerca das complicações secundárias ao AVE e sua prevenção. Dos profissionais estudados, 85,7% (n= 12) possui pós-graduação, sendo 50% (n=7) com especialização em Fisioterapia em UTI/Hospital, dentre os quais, 92,9% (n=13) não apresentam nenhuma capacitação ou curso direcionado ao conhecimento específico em Fisioterapia Neurofuncional; 64,3% (n= 9) foram formados em IES particular com tempo de formação entre 6 a 10 anos (35,7; n= 5). Todos os profissionais concordam que é necessária uma atuação fisioterapêutica precoce, sendo preconizado os recursos manuais, a cinesioterapia, posicionamento no leito e ajustes dos parâmetros ventilatórios. Sendo as complicações motoras e respiratórias as mais citadas dentre as complicações secundárias. Pode-se concluir que nenhum dos profissionais relatou nada a respeito das complicações sensitivas e que não apresentam capacitações para atendimento específico a esse coletivo, com isso verifica-se assim, a necessidade de educação permanente em saúde para a renovação desses conhecimentos e prestação de cuidado adequado.

Palavras-chave: acidente vascular encefálico, intervenção fisioterapêutica, pós imediato de acidente vascular encefálico

Abstract

In front of the incapacities of the Stroke, the physiotherapist works to improve the recovery potential of the patient, requiring an immediate intervention. Thus, the objective of this study was to analyze the physiotherapeutic action in the immediate post-stroke in a hospital of the sertão da Paraíba (Brazil). A total of 14 professional physiotherapists working in the red area of the emergency and emergency sector, in the intensive care unit (ICU) and in the wards in a

hospital in the hinterland of Paraíba participated in the study. The data collected were obtained through a questionnaire that contained questions about the level of professional training, time of first physiotherapeutic intervention after stroke identification, the physiotherapeutic resources used and/or prioritized by these professionals early, the presence or absence of training in Neurological Physical Therapy, referral form for physiotherapy, as well as opinions about the importance of physiotherapeutic assistance in the immediate post-stroke and knowledge about complications secondary to stroke and its prevention. Of the professionals studied, 85.7% (n = 12) had postgraduate studies, of which 50.9% (n = 7) had a specialization in Physiotherapy in ICU/Hospital, of which 92.9% (n = 13) no training or course directed to the specific knowledge in Neurofunctional Physiotherapy; 64.3% (n = 9) were formed in HEI with a training time of 6 to 10 years (35.7; n = 5). All the professionals agreed that it is necessary an early physiotherapeutic action, being recommended the manual resources, the kinesiotherapy, positioning in the bed and adjustments of the ventilatory parameters. The motor and respiratory complications being the most cited among the secondary complications. It can be concluded that none of the professionals reported anything regarding the sensory complications and that they do not present capacities for specific care to this collective, with this it is verified, therefore, the need of permanent education in health for the renewal of this knowledge and provision of care appropriate.

Key-words: vascular brain accident, physiotherapeutic intervention, immediate post- stroke

Introdução

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é descrito como uma síndrome neurológica de início súbito, proveniente de uma interrupção do fluxo sanguíneo gerando lesão ao Sistema Nervoso Central (SNC). Quando causado por obstrução sanguínea denomina-se AVE isquêmico (AVEi) e quando for por extravasamento de sangue, caracteriza o AVE hemorrágico (AVEh) [1,2].

Diversas deficiências podem ocorrer após o AVE, dentre elas, danos às funções motoras, sensitivas, mentais, perceptivas e da linguagem. Durante a sua fase aguda, o paciente pode vir a apresentar algumas complicações tais como: padrões anormais de movimento, presença de reflexos primitivos, perda das reações automáticas (endireitamento, equilíbrio e proteção), falta de coordenação, dor no ombro, alteração na atividade motora voluntária, dificuldade na marcha e mudanças na mecânica respiratória [3,4].

Logo após o AVE o indivíduo apresentará alterações de tônus, o qual no dimídio afetado se encontrará em um estado de flacidez, que impossibilita o indivíduo de manter o membro em qualquer posição. Desta forma ocorrerá a perda de padrões de movimento no dimídio afetado, gerando uma série de mecanismos compensatórios [5].

Além das manifestações supracitadas, secundariamente podem surgir algumas complicações, tais como: encurtamentos miogênicos, deformidades, síndrome ombro-mão, ombro doloroso, subluxação de ombro, edema de mão e a síndrome de Pusher [6].

Mediante a inserção do fisioterapeuta na atenção primária a saúde, a atuação, vem com o intuito de promover a saúde através de atividades coletivas, havendo conhecimento prévio dos grupos de risco, educação popular e permanente, que venha a trazer impactos favoráveis para a saúde da comunidade [7,8].

Os primeiros três meses após o episódio são considerados os mais críticos, no entanto é nesse período que são alcançados o melhor resultado do cuidado fisioterapêutico.

A cinesioterapia, o posicionamento e manuseio correto no leito que se faz importante principalmente na fase aguda, trazendo benefícios como: prevenir deformidades, prevenir problemas circulatórios, dar estímulos normais ao dimídio comprometido e promover reconhecimento e consciência corporal do lado hemiplégico, além de estimular o alinhamento e simetria corporal, sendo um grande facilitador para lidar com os riscos associados [9,10].

Além da intervenção na parte motora, se faz necessário um acompanhamento da Fisioterapia Respiratória (FR), cujo objetivo é otimizar a ventilação e a oxigenação alveolar, que em decorrência das alterações da musculatura, resulta em um déficit na função respiratória, evoluindo para a utilização de ventilação mecânica (VM), que pode se fazer necessária tanto na fase aguda como na fase crônica da doença [11].

Diante disso, faz-se necessário que os profissionais que trabalhem com o paciente acometido pelo AVE, conheçam a fisiopatologia da doença assim como os problemas associados, tendo em vista que tais problemas podem ser minimizados de acordo com a conduta realizada pela equipe. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a

atuação fisioterapêutica no pós- imediato de Acidente Vascular Encefálico em um hospital de um município de Patos (Paraíba/Brasil).

Material e métodos

O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quanti-qualitativa que foi realizada na cidade de Patos (Paraíba/ Brasil), após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa CAAE Nº 51277115.2.0000.5181, e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Participaram do estudo 14 fisioterapeutas que correspondem a 70% do número total de profissionais contratados para os setores da área vermelha do setor de urgência e emergência, na unidade de terapia intensiva (UTI) e nas enfermarias em um Hospital no alto sertão paraibano, desses, 78,5% (n=11) são do sexo feminino e 57,2% (n=8) com idade entre 20-30 anos.

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo, constituindo uma amostra por conveniência. Foram excluídos da pesquisa: professores e alunos que prestam serviço neste hospital, e, profissionais que recusaram a responder o questionário.

Aos profissionais que aceitaram participar voluntariamente desse estudo foi entregue um questionário semiestruturado contendo três domínios: identificação sócio-demográfica, aspectos profissionais e cuidados ao paciente no pós- imediato de AVE, dentre as quais se destacam: nível de formação profissional, tempo de primeira intervenção fisioterapêutica após identificação do AVE, os recursos fisioterapêuticos utilizados e/ou priorizados por esses profissionais precocemente, a presença ou ausência de capacitação em Fisioterapia Neurológica, forma de encaminhamento para a fisioterapia, bem como, opiniões sobre a importância da assistência fisioterapêutica no pós- imediato de AVE e o conhecimento acerca das complicações secundárias ao AVE e sua prevenção.

A análise dos dados de caráter quantitativo foi realizada através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0. Quanto aos dados qualitativos, esses foram organizados de acordo com as temáticas estabelecidas no questionário (aspectos profissionais e cuidados ao paciente no pós- imediato de AVE), sendo reescritas as falas em documento do Word, de modo a expressar o pensamento de cada sujeito acerca de determinada temática. Ao final, foram utilizadas as falas que refletiram a concepção da maioria dos entrevistados.

Resultados

Ao que concerne aos aspectos profissionais, na Tabela I pode-se observar que 85,7% (n= 12) dos profissionais possui pós-graduação, sendo este em sua maioria em Fisioterapia em UTI/Hospital (50%; n=7), dentre os quais 92,9% (n=13) não tem nenhuma capacitação ou curso direcionado ao conhecimento específico em Fisioterapia em Neurologia ou Neurofuncional, haviam tido formação em universidades particulares (64,3%; n= 9) e tempo de formação de 6 a 10 anos (35,7; n= 5).

Tabela I - Aspectos profissionais dos entrevistados participantes do estudo.

Nível de escolaridade	N	(%)
Graduação	2	14,3
Pós-Graduação	12	85,7
Total	14	100
Áreas de Especialização		
UTI/Hospital	7	50,0
Neurofuncional	1	7,14
Urgência e Emergência	1	7,14
Fisiologia do Exercício	1	7,14
Traumato-Ortopedia	2	14,3
Dermatofuncional	1	7,14
Cardiorespiratória	1	7,14
Capacitações em Fisioterapia Neurológica		
Possui	1	7,1
Não possui	13	92,9
Instituição de Ensino Superior		
Pública	5	35,7
Particular	9	64,3
Tempo de Formação		
1 a 5 anos	4	28,6
6 a 10 anos	5	35,7
Maior que 10 anos	4	28,6
Não informado	1	7,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Ao participante que possuía especialização em Fisioterapia em Neurologia ou Neurofuncional, questionou-se o impacto dos conhecimentos específicos adquiridos para o desempenho prático:

“Mostrou-se útil uma capacitação detalhada e específica no momento em que o pós imediato de AVE existem muitos procedimentos que realizados seriam danosos a lesão neurológica” (Sujeito 1, sexo masculino, 37 anos).

Quadro I - Respostas obtidas com relação aos cuidados ao paciente no pós- imediato de AVE.

Pergunta	Respostas	Sujeito	Sexo	Idade
Reconhecimento da sintomatologia do AVE	Através das manifestações clínicas apresentado pelo paciente: Dormência, fraqueza repentina de membros, confusão mental, cefaléia, eumento da pressão arterial, assimetria facial.	2	F	26
	Através da tomografia computadorizada de crânio, nível de consciência.	3	F	36
	Na verdade o paciente quando internado na unidade de terapia intensiva já chega com a história da doença confirmada em sua maioria.	14	F	40
Forma de encaminhamento para a fisioterapia	Os pacientes da unidade de acidente vascular encefálico são atendidos mesmo sem encaminhamento médico, mas, todos são prescritos fisioterapia.	8	F	28
	O encaminhamento é feito pelo médico, solicitando.	11	F	26
	Através de solicitação médica, que pede avaliação do fisioterapeuta.	6	F	27
Tempo de assistência fisioterapêutica	72hs	3	F	36
	Deve iniciar quando o paciente estiver hemodinamicamente estável.	8	F	28
	Imediata a sua admissão na unidade de terapia intensiva; cerca de horas após o acidente vascular encefálico.	14	F	40
Recursos fisioterapêuticos utilizados/priorizados	Recursos manuais.	3	F	36
	Ajustes posturais, monitorização do nível de consciência, padrão respiratório, terapias manuais (Facilitação Neumuscular Proprioceptiva), cinesioterapia passiva, assistida ou ativa, sedestação em leito, controle de tronco, deambulação com estabilidade clínica e hemodinâmica.	5	F	37
	Adequação dos parâmetros da ventilação mecânica; posicionamento no leito e higiene brônquica.	14	F	40
Importância da atuação fisioterapêutica precoce	Sim. É importante para se reestabelecer de imediato as funções cinesioterápicas e evitar encurtamentos e alterações posturais do paciente.	5	F	37
	Sim. Evita formação de padrões clássicos de acidente vascular encefálico, contraturas, possibilita uma melhor recuperação pós-episódio, melhora marcha, etc.	9	F	28
	Sim! Quanto mais rápido a atuação melhor a recuperação e menor a comorbidade.	12	M	23
Conhecimentos das complicações secundárias ao AVE	Lesão de funções cognitivas, Subluxação de ombro/"ombro congelado", alterações da marcha/coordenação fina em MMSS.	1	M	37
	Déficit motor.	3	F	26
	Formação de padrão flexor pós AVE, contratura, perda de habilidades de AVD'S.	9	F	28
Medidas de prevenção das complicações secundárias	Mobilização/Posicionamento no leito, estímulo à deambulação/sedestação e fisioterapia respiratória.	4	M	36
	Iniciar tratamento fisioterapêutico o mais breve possível, utilização de alguma órtese se for necessário.	9	F	28
	Através da Fisioterapia Respiratória e Fisioterapia Motora.	13	F	29

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Discussão

Verificou-se que 85,7% dos participantes, possuem alguma pós-graduação. Estudos demonstram que nos últimos anos houve um aumento significativo na quantidade de profissionais que buscam se especializar, no qual caracteriza-se como fundamental para a formação profissional [12,13].

Pôde-se constatar que os profissionais, em sua maioria, possuem pós-graduação em UTI/Hospital, concordando com os estudos de Feltrin et al. [12], no qual, afirmam que os profissionais atuantes em Unidades de Terapias Intensiva, estão se aprimorando cada vez mais em sua profissão. Contudo, quando se trata do acometimento neurológico decorrente do acidente vascular encefálico, Moreira e Modenese [14], afirmam que se os profissionais não estiverem capacitados para lidar com esses pacientes, de nada adianta chegarem rapidamente ao hospital.

Stiller [15], afirma que o fisioterapeuta precisa de aprimoramento e educação especializada para se fazer frente ao avanço dos cuidados. Concordando com a afirmação do Sujeito 01, ao enfatizar que existem procedimentos que podem ser danosos aos indivíduos com acometimento neurológico.

Segundo Morin [16], a inteligência precisa ser alimentada por acontecimentos e fortalecida por provas para se reafirmar e se desenvolver.

Os sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo no momento do AVE, podem ser: Dificuldade/incapacidade de se expressar verbalmente; diminuição de força e sensibilidade da musculatura da face, braço e perna, unilateralmente, de forma súbita; desvio da comissura labial; alterações da visão e dificuldade de compreensão; perda de equilíbrio e/ou coordenação e cefaleia intensa, sendo estes, de instalação súbita, sem causa aparente. Compreender os sintomas, e reconhecê-los, é indispensável para a prestação e socorro desses pacientes, uma vez que, quanto mais rápido é atendido, menor os riscos advindos da doença [17,18].

Essa afirmação confirmou a necessidade dos profissionais reconhecerem os sintomas apresentados por esses pacientes, sendo essencial o exame de imagem apenas como um instrumento de confirmação de diagnóstico.

O profissional fisioterapeuta tem sua autonomia profissional resguardada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), onde afirma que este profissional tem conhecimentos próprios, que se baseia nas condições psicofísico, com o intuito de promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica. Sendo este, competente para obter todas as informações acerca do tratamento do indivíduo por ele atendido [19]. No entanto, pôde-se constatar que a maioria dos profissionais trabalha apenas na condição de prescrição médica, exceto aqueles que estão na unidade de AVE.

Oliveira [20] explica que a forma de encaminhamento para a fisioterapia varia de acordo com a organização das ações de cada instituição, dependendo do setor em que o paciente está inserido.

É importante que este paciente tenha atendimento fisioterapêutico imediato, para a reabilitação imediata dos indivíduos que tiveram sua funcionalidade comprometida, estimulando diversas formas de neuroplasticidade [21,22].

Motta, Natalio e Waltrick [23], realizaram um estudo onde foi possível constatar que 30,16% dos pacientes atendidos em uma rede hospitalar da região Sul do país, receberam entre 5 ou 6 atendimentos fisioterapêuticos, e estes tiveram uma média de tempo de internação de 8,7 dias. Enquanto os pacientes que não receberam intervenção fisioterapêutica, tiveram uma média de tempo de internação de 16 dias. Sugerindo a influência da falta de intervenção fisioterapêutica, em retardo na alta hospitalar. Firmando, mais uma vez, a necessidade de uma intervenção imediata.

A cinesioterapia é uma terapia utilizada na reabilitação do paciente acometido por AVE, atuando na prevenção de deformidades e de reeducação neuromotora [24]. A mobilização passiva, como um recurso cinesioterapêutico, quando iniciada nas primeiras 24 horas, pelo menos duas vezes ao dia, mostrou-se segura e confiável, mesmo em casos graves, onde, após a estabilização do quadro clínico, não apresentará riscos a estes pacientes. Além de trazer benefícios futuros, como o ganho de independência nas atividades básicas de vida diárias [25,26].

Além da cinesioterapia, podemos citar alguns métodos que podem ser utilizados na reabilitação imediata após o episódio de AVE: 1) teoria neuroevolutiva que consiste na facilitação de padrões normais do movimento e na inibição de padrões anormais do movimento; 2) facilitação neuromuscular proprioceptiva que visa alcançar a execução do movimento

funcional através de padrões básicos de movimento; 3) posicionamento e manuseio correto do paciente no leito, atuando na prevenção de complicações secundárias ao AVE; 4) fisioterapia respiratória, objetivando-se otimizar a ventilação e oxigenação alveolar, além de técnicas de remoção de secreção brônquica e de reexpansão pulmonar [3,11,12,27].

Oliveira [20] constatou que os profissionais que prestam atendimento em um hospital no litoral paraibano, preconizam a cinesioterapia: alongamento, mobilização passiva e mobilização ativo-assistida; e o posicionamento no leito. E tratando-se de fisioterapia respiratória, as manobras de reexpansão pulmonar e procedimentos de ventilação mecânica foram as mais citadas.

No entanto, o quadro clínico apresentado pelo paciente após o AVE, não se detém apenas às alterações motoras e respiratórias. Este paciente apresenta déficits como: disfagia, paralisia facial, fraqueza muscular, déficits de sensibilidade (alterações de dor, tato e sensação térmica) e alterações visuais. Além de complicações que alteram a comunicação, como: afasias, dispraxia oral e dispraxia da fala, disartria e déficits cognitivos [18].

As respostas obtidas nessa pesquisa não concordam com a literatura, uma vez que os profissionais citaram a utilização de recursos manuais para tratamento/prevenção de complicações motoras e respiratórias, deixando de citar as complicações sensoriais e de comunicação, assim como seus respectivos tratamentos.

O sujeito 12 afirma "...Quanto mais rápido a atuação (fisioterapêutica) melhor a recuperação e menor a comorbidade", concordando com Perlini e Faro [28], que afirma que a reabilitação tem contribuição no que diz respeito a diminuição de sequelas causadas pelo AVE. No entanto, é preciso que a intervenção seja iniciada o mais rápido possível, logo que houver uma estabilidade do quadro clínico, garantindo êxito numa recuperação eficaz.

O tratamento fisioterapêutico quando iniciado precocemente, pode trazer benefícios, tais como: prevenção de alterações musculoesqueléticas secundárias como atrofia e dor, prevenção e/ou inibição do aprendizado de movimentos anormais e da inutilização do membro acometido, prevenção da subluxação de ombro e síndrome de pusher. Havendo evidências, que a mobilização precoce no pós AVE, reduz a incidência de complicações, como: pneumonia, úlceras de decúbito e trombose venosa profunda [29].

Góis, Araújo, Silva e Araújo [30], constataram em sua pesquisa, que fisioterapeutas neurofuncionais afirmam conhecer a síndrome de pusher, porém, entraram em contradição quando se trata de diversos aspectos da doença, incluindo a conduta terapêutica. Concordando com o presente estudo, pois nenhum dos sujeitos entrevistados citaram a síndrome quando perguntado sobre as complicações secundárias.

Quando perguntado sobre as complicações secundárias, o sujeito 1 respondeu: "[...] subluxação de ombro/ombro congelado [...]", isso porque a dor no ombro é uma complicação grave no pós AVE, a mecânica do ombro encontra-se afetada, causando mudanças como alterações dos tecidos desta articulação, que pode acarretar em subluxação da articulação glenoumeral [31]. Pesquisas constataram que a prevenção e a redução desta subluxação, pode e deve ser iniciada ainda na fase aguda [32].

Para Monteiro, Guedes e Júnior [33], a soma da reabilitação precoce representa um fator que tem uma relevância significativa e de grande contribuição para a melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Conclusão

A literatura alerta que as complicações resultantes do episódio de AVE, não estão restritas apenas as complicações motoras e respiratórias, tendo particularidades no que diz respeito às condutas realizadas. O perfil dos profissionais que prestam cuidado fisioterapêutico ao coletivo de pessoas acometidas por AVE não corresponde ao esperado, uma vez que os mesmos necessitam de cuidados específicos devido às particularidades fisiopatológicas dos danos neurológicos.

Diante disso, faz-se necessário um maior conhecimento acerca dessas complicações, sendo importante um programa de educação permanente em saúde para renovação e capacitação dos conhecimentos.

Referências

1. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
2. Leite HR, Nunes APN, Corrêa CL. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina. *Fisioter Pesqui* 2009;16(1).
3. O' Sullivan SB, Schmitz TJ. Fisioterapia - avaliação e tratamento. 3 ed. São Paulo: Manole; 2004.
4. Nonino F, Benedeti MR, Kreulich E. Orientações a cuidadores de pacientes hemiplégicos em fase aguda pós-episódio de acidente vascular encefálico (AVE). *Rev Saúde e Pesqui* 2008;1(3):287-93.
5. Bobath B. Hemiplegia no adulto: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole; 1990.
6. Cancela DMG. O acidente vascular cerebral - classificação, principais consequências e reabilitação. *Rev Psicol* 2008;1-19.
7. Freitas MS. A atenção básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
8. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Batista TF. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde* 2013;37(2):176-84.
9. Silva EJA. Reabilitação após o AVC. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2010.
10. Marques OS, Nogueira SPBO. Efeitos da Eletroestimulação Funcional e Kabat na Funcionalidade do Membro Superior de Hemiparéticos. *Rev Neurocienc* 2011;4(19):694-701.
11. Marcucci FC, Cardoso NS, Berteli KS, Garanhani MR, Cardoso JR. Alterações eletromiográficas dos músculos do tronco de pacientes com hemiparesia após acidente vascular encefálico. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;(65):5-900.
12. Feltrin MIZ, Sarmiento JV, Costa D, Nozawa E. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. *Fisioter Pesqui* 2008;15(2):177-82.
13. Badaró AFV, Guilhem D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. *Fisioter Mov* 2011;24(3):445-54.
14. Moreira C, Modenese F. Reportagem: Janelas de tempo: a eficácia do atendimento de emergência. *Com Ciência* 2009;(109).
15. Stiller K. Physiotherapy in intensive care: towards an evidence-based practice. *Chest* 2000;118.
16. Morin E. O método. 3 ed. Porto Alegre: Sulina; 2009.
17. Almeida MCV, Ribeiro G, Mandesd RG. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família Acerca do Acidente Vascular Encefálico. *Rev de Divulgação Científica Sena Aires* 2013;(1):19-26.
18. Brasil. Ministério da saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília DF; 2013.
19. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. D.O.U nº. 093 - de 21/05/87, Seção I, Págs. 7609. Resolução Coffito-37
20. Oliveira VR. Atuação fisioterapêutica no pós-imediato de acidente vascular encefálico (AVE). [Monografia]. João Pessoa (PB): Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ; 2012.
21. Valente SCF, Paula EB, Abranches M, Masiero D, Chamlian TR, Laccano SN, et al. Resultados da fisioterapia hospitalar na função do membro superior comprometido após acidente vascular encefálico. *Rev Neurocienc* 2006;14(3):122-6.
22. Haase VG, Lacerda SS. Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em neuropsicologia da SBP* 2004;12(1).
23. Motta E, Natalio MA, Waltrick PT. Intervenção fisioterapêutica e tempo de internação em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc* 2008;16(2):118-23.
24. Correa ACS, Silva JDS, Silva LVC, Oliveira DA, Cabral ED. Crioterapia e cinesioterapia no membro superior espástico no acidente vascular cerebral. *Fisioter Mov* 2010;23(4):555-63.
25. Bernhardt J, Dewey H, Thrift A, Collier J, Donnan G. A very early rehabilitation trial for stroke (AVERT): phase II safety and feasibility. *Stroke* 2008;39:390-6.

26. Fang Y, Chen X, Li H, Lin J, Huang R, Zeng J. A study on additional early physiotherapy after stroke and factors affecting functional recovery. *Clin Rehabil* 2003;17:608-17.
27. Mendes IS, Reis MCR, Souza DQ, Borges ACL, Freitas STT, Lima FPS et al. Métodos terapêuticos utilizados em sujeitos com deficiência sensório motora após disfunção vascular encefálica: revisão de literatura. *Revista Univap* 2012;18(31).
28. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP* 2005;39(2):154-63.
29. Valente SCF, Masiero D, Borges H. Resultados da fisioterapia hospitalar na função do membro superior comprometido após acidente vascular encefálico. *Rev Neurociênc* 2006;14(3):122-26.
30. Góis CMS, Araújo MCNV, Silva KC, Araújo ATC. Avaliação do conhecimento dos fisioterapeutas neurofuncionais acerca da Síndrome de Pusher. *Rev Neurocienc.* 2011;19(4):595-601.
31. Bender L, McKenna K. Hemiplegic shoulder pain: defining the problem and its management. *Disabil Rehabil* 2001;10:698-705.
32. Ada L, Foongchomcheay A. Efficacy of electrical stimulation in preventing or reducing subluxation of the shouder after stroke: a meta-analysis. *Aust J Phys* 2002;48:257-67.
33. Monteiro NM, Guedes GAP, Júnior AMR. Análise da qualidade de vida dos pacientes internados em âmbito hospitalar: Importância da Fisioterapia. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais* 2009;1(4):7-12.