

A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA NA QUALIDADE DE VIDA DO PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

THE IMPORTANCE OF PHYSICAL THERAPY REHABILITATION IN THE QUALITY OF LIFE OF THE POST VASCULAR BRAIN ACCIDENT.

LUÍS CARLOS DE CASTRO **BORGES**^{1*}, JOICILAINE PACHECO DE OLIVEIRA **SOUZA**², ANARIELLE SOARES **SANTOS**², JOSIANE DOS SANTOS ARANTES **MOREIRA**².

1. Docente do Curso de Fisioterapia -. Faculdade Estácio de Sá de Goiás –FESGO; 2. Egressa - Curso de graduação em Fisioterapia - Faculdade Estácio de Sá de Goiás –FESGO

* Rua da Astéria, Qd82, Lt06, Casa 01, Goiânia, Goiás, Brasil. CEP:74343-070. luis.borges@estacio.br

Recebido em 12/03/2020. Aceito para publicação em 09/04/2020

RESUMO

O acidente vascular encefálico (AVE) é caracterizado por uma lesão que acomete um dos vasos que irrigam a região cerebral, causada pela obstrução ou ruptura de uma artéria. Pessoas que sofrem AVE apresentam possíveis déficits, incluindo danos às funções motoras, sensitivas, mentais, perceptivas de linguagem, além da perda funcional, esta manifestação tem impactos de grande magnitude na saúde individual, familiar e social, isso possivelmente está relacionada à qualidade de vida (QV) do paciente pós-AVE. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em indivíduos acometidos pelo AVE em reabilitação fisioterápica. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura através de uma busca nos bancos de dados eletrônicos: Medline, SciELO, Lilacs, e Pubmed, no período de 2007 a 2017, nos idiomas inglês, e português. Verificou-se que independentemente dos recursos utilizados a fisioterapia pode contribuir para a melhora da QV.

PALAVRAS-CHAVE: AVE; Qualidade de vida; Reabilitação; Fisioterapia.

ABSTRACT

Stroke is characterized by an injury that affects one of the vessels that irrigate the brain region, caused by obstruction or rupture of an artery. People suffering from stroke present possible deficits, including damage to motor, sensory, mental, perceptual language functions, in addition to functional loss, this manifestation has a great impact on individual, family and social health, possibly related to quality of life (QoL) of the post-stroke patient. The objective of this study was to evaluate the quality of life in individuals affected by stroke in physiotherapeutic rehabilitation. It is an integrative review of the literature through a search in the electronic databases: Medline, Scielo Lilacs, and Pubmed, from 2007 to 2017, in English and Portuguese. It was verified that the independently of the resources used the physiotherapy can contribute to the improvement of the QoL.

KEYWORDS: Stroke; Quality of life; Rehabilitation; Physiotherapy.

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) atinge em média 5,7 milhões de pessoas por ano no mundo, chegando a 10% do total de óbitos registrados, e pode ser considerada a segunda causa de morte, afetando em maior proporção países não desenvolvidos, podendo chegar a 7,8 milhões em 2030 se medidas para conter o aumento não forem tomadas (BOTELHO; CABRAL; PEREIRA, 2016). Mesmo com esforços em diminuir o número de casos, no Brasil ainda é a primeira causa de morte e incapacidade em indivíduos adultos e idosos (BOTELHO; ALMEDA, 2016).

Os homens idosos são os mais acometidos, já a taxa de mortalidade atinge em maior número as mulheres a partir de 80 anos (ALMEIDA, 2012), sendo o AVE isquêmico mais comum que o AVE Hemorrágico (PEREIRA; MALCHER, 2009). No Brasil, em 2010, as doenças cerebrovasculares causaram 99.732 óbitos. No ano de 2012, foram 165.899 internações por AVE (CANUDO, 2015).

O AVE pode ser definido por uma disfunção neurológica em uma área cerebral de origem vascular. A explicação do tipo de AVE depende do mecanismo que o ocasionou, podendo ser identificado como isquêmico e hemorrágico. O AVE isquêmico (AVEi), caracteriza-se pela interrupção do fluxo sanguíneo em uma determinada área do encéfalo, ou por obstrução de uma artéria que o supre, pode ser dividido em subtipos que são os lacunares, ateroscleróticos e embólicos. Já o AVE hemorrágico é causado quando há uma ruptura de um vaso, são intraparenquimatosos e subaracnóideos, podendo ocorrer em território vascular do sistema carotídeo ou vértebro-basilar (CARVALHO et al., 2016).

Os fatores de risco mais frequentes são tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, cardiopatias crônicas e obesidade (MALCHER, 2009). Em média de 40% a 50% de vítimas do AVE morrem após os 6 meses, aqueles que conseguem sobreviver podem apresentar deficiência neurológica e déficit funcional (ANTUNES, 2016).

A sintomatologia do AVE ocorre por diversos fatores, dentre eles a localização, extensão e a gravidade da lesão, que irá promover diversos danos na função motora, sensitiva e mentais, além disso, podem ocorrer danos na função perceptiva e da linguagem (JUNIOR; SCHÄFERET, 2016). O local mais frequente para ocorrência de lesões é nas artérias cerebrais médias, cuja a lesão pode levar a apraxia, afasia, hemiparesia e/ou hemiplegia contralateral (sendo mais acentuada na face e no membro superior), hemianopsia homônima e alexia. (PIASSAROLI; CANCELA; LEÃO, 2012). Os sinais e sintomas que ocorrem com maior frequência são: hemiparesia/hemiplegia, hemiparestesia, disfasia/afasia, déficit sensorial, perda de consciência, dor de cabeça intensa, confusão mental, fraqueza muscular, dificuldade repentina de enxergar com um ou com ambos os olhos, perda de equilíbrio e coordenação motora (OLIVEIRA; MALCHER; GOUVÊA, 2017).

O AVE apresenta amplos riscos ocasionando incapacidade de natureza temporária ou permanente, o que estimula aos sobreviventes um estilo de vida sedentária. As sequelas resultantes decorrentes do AVE provocam déficits na capacidade funcional, qualidade de vida (QV) e independência dos pacientes (TELES, 2012).

A Qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e interesses” (CAMPOS et al., 2008).

Compreendendo a importância da reabilitação destes pacientes para conquista de uma melhor qualidade de vida, o tratamento pós AVE deve ser desempenhado por multiprofissionais, englobando intervenções, medicamentosa, apoio psicológico não só ao paciente assim como seus cuidadores, além disso, a intervenção fisioterapêutica (BROL, 2009). É comum na reabilitação o uso da eletroterapia, cinesioterapia, massoterapia, termoterapia, terapia manual e alternativa, além de terapias em grupos como a dança que pode proporcionar benefícios nos aspectos sociais, psicológicos e principalmente motores primordiais na melhora das atividades de vida diária – AVD’s (TIEPPO; CALIT, 2016).

Sendo assim este estudo tem como objetivo é verificar a importância da fisioterapia na qualidade de vida no pós-acidente vascular encefálico.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se uma de revisão integrativa da literatura através de uma busca nos bancos de dados eletrônicos: Medline, Scielo, Lilacs, e Pubmed, foram restritos aos idiomas inglês e português. Os descritores utilizados foram: AVE, qualidade de vida, reabilitação, fisioterapia, Stroke, Quality of life, Rehabilitation, Physiotherapy. Destas pesquisas foram identificados 160.474 artigos, e selecionados 50 artigos, datados de 2007 a 2017. Foram incluídos artigos direcionados a reabilitação fisioterapêutica e possíveis efeitos na qualidade de vida de pessoas em tratamento ambulatorial com sequelas do AVE, e ainda principais escalas e métodos utilizados para mensurar a qualidade de vida nesses tipos de pacientes. Este estudo não teve como foco protocolos de reabilitação utilizados, mas os principais resultados encontrados em escalas para mensuração da QV. Os estudos selecionados foram relevantes ao analisar a qualidade de vida em pessoas com AVE submetidas a um tratamento fisioterápico. No processo de exclusão dos artigos foram os que não abordavam as principais escalas e métodos utilizados para mensurar a qualidade de vida.

3. RESULTADOS e DISCUSSÃO

As escalas encontradas na literatura para realizar avaliação da QV e utilizadas nesse trabalho foram as seguintes: *Formulário Abreviado de Avaliação de Saúde 36 (SF-36)*, Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (AQOL), a *Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL)*, traduzida em Escala de Qualidade de Vida Específica para Acidente Vascular Encefálico (EQVE-AVE), e a *Stroke Impact Scale (SIS)*, *Ferrans and Powers Quality of Life (QLI)* e *Utility Index (EQ-5D)*.

The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), Formulário Abreviado de Avaliação de Saúde 36 (SF-36): é uma instrumento Genérico de avaliação da QV, muito utilizada, é formada por 36 itens em 8 domínios multidimensional, e são avaliados nesta escala a funcionalidade física, vitalidade/energia, limitações em atividades de vida diária pela enfermidade, algias, percepções gerais da saúde, limitações em atividades sociais resultado da doença, limitações em atividades rotineiras devido aos problemas emocionais e saúde mental geral, essa escala é de fácil aplicabilidade e entendimento (DELBONI et al., 2010).

Stroke Impact Scale (SIS): É uma escala de auto-relato, que avalia 59 itens divididos com grande relevância na mensuração da QV, e seu impacto na vida da pessoa pós AVE, os domínios são: memória, emoções, força, Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), função da mão, comunicação, Atividades de Vida Diária (AVD), mobilidade, e participação do

indivíduo na sociedade, onde sua pontuação varia de 0 a 100 pontos, onde um resultado de 100 pontos significa total recuperação pós AVE (BARROS; CANUTO, 2014).

Utility Index (EQ-5D) mensura a QV em 5 dimensões de saúde são elas: mobilidade, AVD, dor/desconforto, ansiedade, auto cuidado e depressão. Seu escore vai de 0 a 100 pontos, sendo quanto maior for a pontuação, melhor será a QV do indivíduo (CHAIWAWAT; BARROS, 2009).

O instrumento Avaliação de Qualidade de Vida (AQoL), uma escala Australiana psicométrica autoaplicável, com 15 perguntas divididas em 5 domínios que avaliam: doença (uso de medicamentos, dependência de medicamento e assistência médica, necessidade de tratamento regular), independente viver (assistência com autocuidado, assistência com o lar, tarefas, mobilidade em casa e comunidade), relações sociais (amizade e solidão, papel familiar), sentidos físicos (visão, audição, comunicação) e bem-estar psicológico (sono, baixo humor, dor) com quatro níveis de respostas, e escore de 9 a 45 no total, e quanto maior pontuação menos qualidade de vida (FONSECA; LIN, 2009).

A *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL), traduzida em Escala de Qualidade de Vida Específica para Acidente Vascular Encefálico (EQVE-AVE). Foi desenvolvido especialmente para medir a qualidade de vida em pessoas com sequelas de AVE, baseada em um padrão psicométrico, é composto por 49 itens, divididos em 12 domínios e são eles: energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho / produtividade. Há três possibilidades de respostas baseadas na semana anterior a entrevista, com escore que vai de 1 e 5, com máximo de 245 e mínimo de 49 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor QV (MOREIRA; LIMA, 2015).

Powes Quality of Life (QLI): Esse questionário consistiu em 2 partes, a primeira avalia o nível de satisfação individual com relação a vida, a segunda parte diz respeito a saúde e funcionalidade, papel socioeconômico, bem-estar psicológico e espiritual e satisfação com a vida familiar (BROWSKA, 2017).

Tais escalas podem ser genéricas ou específicas para avaliar QV, sendo que as escalas específicas levam em consideração as principais alterações, físicas, psicológicas e sociais relacionadas com as sequelas deixadas pelo AVE, portanto são mais sensíveis ao identificar alterações impostas pelos déficits motores causados pela doença (LIMA; CAMPOS; MOREIRA, 2008).

Os déficits motores resultantes do AVE define-se por hemiplegia (paralisia total) ou hemiparesia (paralisia parcial), especificamente no lado do corpo antagônico ao local da lesão, e o sinal mais evidente de um AVE, é

um estado de comprometimento motor de um hemisfério e pode evidenciar diversos sinais neurológicos, proporcional à área do cérebro afetada pelo AVE (MASSOCO; BARCALA, 2013).

Múltiplos fatores afetam no desempenho motor normal da hemiparesia como o distúrbio no mecanismo de reflexo postural normal, sequenciamento anormal da ativação muscular, presença da espasticidade, perda da força muscular, destreza e coordenação, além de uma disposição em manter-se em uma posição de assimetria postural, com distribuição inferior de peso sobre o lado acometido, e consequente transferência do peso corporal para o lado não afetado (MASSACO; GIRIKO, 2013).

As implicações funcionais resultantes do AVE, alteram de uma pessoa para a outra, as habilidades funcionais como de Atividades de Vida Diária (AVD's), assim como as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) são prejudicadas, essas alterações são responsáveis por grandes dimensões de anos de vida perdidos por morte prematura, e por anos vividos com incapacidade perdidos, ocasionando um alto impacto negativo na qualidade de vida das pessoas (FERNANDES; RIZZETTI, 2012). De acordo com Lima; Montagna (2008), sobre o tipo de AVE, concordam que pessoas que sofreram AVE isquêmico tem um nível de qualidade de vida inferior a quem teve do tipo hemorrágico, provavelmente devido a complexidade da recuperação da função nesse tipo.

Em um estudo feito em um Hospital em Varsóvia em 2015 com 44 pacientes vítimas de AVE com idade entre 37 e 86 anos avaliou a QV com uma adaptação polonesa da *Powers Quality of Life* (QLI) mostrou que a QV varia de acordo com a gravidade da lesão, sendo que pacientes com grau leve tiveram melhor QV que os pacientes que foram considerados com lesão moderada, de acordo com os Institutos Nacionais da *Health Stroke Scale* (NIHSS-Escala que avalia grau lesão do AVE). Esse resultado pode estar relacionado ao estado de humor baixo, limitação ao leito, e dificuldade em se aceitar com condições impostas pela doença (BROWSKA, 2017).

Existem inúmeros protocolos de reabilitação e várias abordagens que podem ser utilizadas a fim de proporcionar ao paciente pós-ave uma melhor funcionalidade e consequentemente uma melhor qualidade de vida, todos baseados em princípios da neurofisiologia, aprendizagem motora e ortopedia (TIEPPO, 2016).

Alguns artigos mostram a fisioterapia como eficaz, na pesquisa de Pollock (2008), é afirmado que um programa de fisioterapia por menos específico que seja produz resultados satisfatórios e positivos na reabilitação pós AVE, após realizar um estudo de revisão na literatura com 5 ensaios e 427 participantes divididos em grupos, dos quais o primeiro grupo foi tratado com o método específico de Bobath, o segundo com técnicas variadas e um terceiro grupo, no qual os

participantes não passaram por nenhum tipo de tratamento fisioterapêutico, posteriormente os resultados foram comparados entre si, demonstrando claramente não haver tanta discrepância nos resultados da técnica específica de Bobath e técnicas variadas, porém ambas expressaram significativa melhora em relação a nenhum tratamento fisioterápico.

Segundo Palavro (2013), os pacientes aumentaram a pontuação na EQVE-AVE logo após serem submetidos ao tratamento fisioterápico com Terapia por Contensão Induzida (TCI), saltando de 129 pontos para 226, e alcançando 237 pontos posteriormente. De acordo com Scalzo (2010), as pessoas em tratamento a mais tempo apresentavam, significativo aumento de suas capacidades físicas e estado geral de saúde mental, provavelmente devido a melhor capacidade funcional desenvolvida com o longo tratamento fisioterápico, podendo refletir o bem-estar psicológico.

Segundo Tsukamoto (2010), suas pesquisas, realizadas em Hemiparéticos, onde foram submetidos a um programa de reabilitação de 20 sessões de 50 minutos, voltados principalmente a reabilitação de tronco, e para mensurar a variável de QV foi utilizada a escala SF-36 que não mostrou resultados estatisticamente satisfatório pelo valor amostral baixo, mas evidenciou que a dor seguida por vitalidade e capacidade funcional teve uma melhora expressiva dentro da QV, já no estudo de Rangel (2013), foi observado avaliações em pacientes reabilitados com a SF-36, quais as áreas mais comprometidas foram a capacidade funcional aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e emocionais podendo ser um fator importante no alto índice de depressão encontrado.

De acordo com Brol (2017), uma paciente com sequelas de AVE isquêmico ocorridos há 24 anos, submetida ao SF-36 antes da aplicação da Toxina Botulínica-A associada a Terapia de Restrição e Indução do Movimento (TRIM) e fisioterapia com treinamento de repetição de atividades de vida diária, após 10 sessões, foi reavaliada tendo aumento do escore na qualidade vida, se destacando no item sobre saúde mental, vitalidade, estado geral de saúde e dor, possivelmente foi um reflexo do aumento da funcionalidade e conseqüentemente da autonomia do paciente, confirmando hipóteses sugerida no resultado do estudo de Mccrory (2009), onde foi avaliado a qualidade de vida em pessoas com AVE. Após a intervenção com a Toxina Botulínica-A em flexores de membro superior afetado com espasticidade muscular moderada, o estudo foi randomizado contando com 52 pacientes tratados com a Toxina Botulínica-A e 38 com placebo, foi usada a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (AQOL) em ambos os grupos após 20 semanas de tratamento, os resultados mostraram que não houve melhora na qualidade de vida em nenhum grupo, mesmo havendo uma diminuição da espasticidade, podendo ser

justificado devido a insensibilidade da escala em captar mínimas alterações, uma vez que esta não é tão específica para este tipo de variação e a não realização da fisioterapia concomitantemente com o tratamento, diminuindo assim os ganhos funcionais e autonomia, fatores muito importantes para uma melhor percepção de bem estar.

O tempo para início de uma intervenção fisioterapêutica pós AVE pode influenciar os resultados funcionais (FERNANDES, 2010). No entanto na pesquisa de Duncan (2011), foi randomizado com 408 pacientes divididos em três grupos, um deles recebeu treinamento em uma esteira com uso de suporte de peso corporal 2 meses após a lesão, um segundo grupo recebeu treinamento locomotor 6 meses após e o terceiro iniciou um tratamento domiciliar com fisioterapeuta 2 meses após o AVE, todos passaram por 36 sessões de 90 minutos, com total de 16 semanas e ao final foram reavaliados e aplicada a SIS, que constatou a melhora da QV em todos os grupos sem distinção nítidas entre eles.

De acordo com Combs (2010), foi analisado a QV em sua pesquisa sobre a utilização da *Body Weight-Supported Treadmill Training* (BWSTT) “Treinamento de escada rolante com peso corporal suportado”, com amostra de 19 pacientes pós AVE, entre 40 e 80 anos e foram submetidos a 24 sessões do BWSTT durante 8 semanas com um total de 20 minutos de caminhada em cada sessão, com assistência do fisioterapeuta para uma marcha correta, os participantes foram avaliados pela SIS para QV, e notou-se em seus resultados um aumento desse índice, o estudo contou com uma amostra pequena e a falta de um grupo de controle, sugerindo que mais estudos devem ser realizados para se comprovar a sua eficácia.

Um trabalho Tailandês publicado em 2009 ressalta a importância de um tratamento domiciliar, no qual foi feito um estudo randomizado com 60 pessoas que sofreram AVE, divididos em dois grupos, em um foi aplicado um plano de tratamento multidisciplinar entre os quais a fisioterapia tradicional e treino de atividades diárias com orientações gerais aos cuidadores em como ajudar seus pacientes a realizar, de maneira otimizada, as atividades diárias. As sessões duravam uma hora por semana; em outro grupo os pacientes não recebiam as visitas dos profissionais, como esperado a qualidade de vida que foi mensurada pela EQ-5D foi melhor em todos os pacientes que tiveram a intervenção fisioterapêutica, relatando uma significativa melhora em 3 meses de tratamento (CHAIVAWAT, 2009).

Para uma melhor compreensão, os resultados da pesquisa sobre a QV em vítimas de AVE estão representados pela Tabela 1, com informações tais como: autor, número amostral, instrumentos para avaliar a QV, intervenção quando houver e os principais resultados encontrados relacionados à QV; e o resultado da mensuração da QV está representado pelo Figura 1.

Tabela 1: Estudos utilizados na discussão, instrumentos e principais resultados encontrados na QV.

AUTOR/ANO	AMOSTRA	INSTRUMENTO PARA AVALIAR A QV	INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS RELACIONADOS NA QV
Rangel et al. (2013)	139	SF-36	Não informado	Diminuição da QV de pessoas em tratamento fisioterápico pós AVE.
Montagna et al. (2014)	15	SSQOL	Fisioterapia aquática usando o princípio de Halliwick	A Fisioterapia aquática contribuiu para o aumento da QV.
Pollock et al. (2008)	427	Não informado, pois se tratava de revisão.	Fisioterapia Convencional e Bobath	A Fisioterapia Convencional e Específica não teve diferença significativa entre si na QV, mas são melhores que nenhuma.
Palavro & Schuster (2013)	3	EQVE-AVE	Terapia por Contensão Induzida (TCI)	A Técnica de TCI adaptada apresentou resultados positivos na qualidade de vida dos pacientes.
Scalzo et al. (2010)	47	SF-36	Não especificado	Pacientes que está há mais tempo em tratamento tem melhores índices da QV.
Tsukamoto et al. (2010)	4	SF-36	Programa de Reabilitação do Tronco	O Programa de Reabilitação do Tronco proporcionou dentre outros resultados a melhora da QV.
Combs et al. (2010)	19	SIS	BWSTT-24 Sessões 8 semanas com um total de 20 minutos cada sessão	Grande melhora da QV.
Brol et al. (2017)	1	SF-36	Toxina Botulínica-A protocolo modificado de TRIM e treino de AVD's	Melhora significativa na QV.
Mccrory et al. (2009)	90	AQOL	Toxina Botulínica-A	Somente o tratamento com a Toxina Botulínica não foi capaz de melhorar a QV.
Chaiyawat, et al. (2009)	60	EQ-5D	Fisioterapia tradicional domiciliar.	Melhor qualidade de vida e estado de saúde do que no grupo de controle
Duncan et al. (2011)	408	SIS	Treinamento em esteira com suporte de peso.	Todos os grupos tiveram melhora na QV.
Browska-bender et al. (2017)	44	QLI	Não informado	Variação da QV de acordo com grau da lesão, sendo a moderada pior que a leve.
Lima et al. (2008)	10	SF-36, SSQOL	Tradução e validação da SSQOL para EQVE-AVE, Não informado intervenção fisioterápica.	Pessoas acometidas com AVE isquêmico tem menos QV que os acometidos com o Hemorrágico.

AVE= acidente vascular encefálico, SIS= *Stroke Impact Scale*, SF-36= *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*, QV= qualidade de vida, AVD=EQVE-AVE= traduzida em Escala de Qualidade de Vida Específica para Acidente Vascular Encefálico, BWSTT=*Body Weight-Support ed Treadmill Training*, TCI=Terapia por Contensão Induzida.

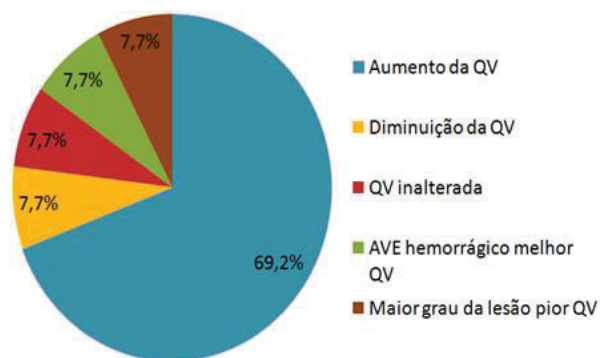


Figura 1: Resultado da mensuração da qv.
Fonte: Própria (2017).

4. CONCLUSÃO

Diante do estudo dos artigos citados, pode-se concluir que a fisioterapia contribui para a melhora da QV em pacientes acometidos pelo acidente vascular encefálico e também se mostra muito importante a respeito de orientações ao cuidador e familiares, sobre como ajudar o paciente a realizar de forma mais independente possível suas AVD's, trazendo sensação de bem estar e autonomia, e conseqüentemente uma alteração positiva da QV.

5. REFERÊNCIAS

- [1] BOTELHO T. S., Epidemiologia de Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **João Pessoa - PB: Tema em Saúde**, 2016. vol.16, n.2, pp. 361-377. ISSN 2447-2131.
- [2] CABRAL N. L., Epidemiologia e Impacto da Doença Cerebrovascular no Brasil e no Mundo. **Campinas- SP: Com ciência**. 2009 n, 109. Disponível em <<http://comciencia.scielo.br/scielo>>. Acessado em 19 de outubro de 2017. ISSN 1519-7654.
- [3] PEREIRA A. B., Calmon, N. G. Prevalência de Acidente Vascular Cerebral em Idosos do Município de Vassouras, **Rio de Janeiro, Brasil, através do Rastreamento de Dados do Programa Saúde Família**. Rio de Janeiro- RJ: Cad. Saúde Pública, 2009. vol.25 (9), pp. 1929-1936.
- [4] ALMEIDA S. R. M. Análise Epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **Campinas- SP: Revista Neurociências**, 2012, vol.20b (4), pp. 481-482. Doi 10.4181/RNC.2012.20.483 ed.2p.
- [5] MALCHER S. A. O. Estudo Clínico – Epidemiológico de Paciente com Acidente Vascular Encefálico de um Hospital Público. **Pará- PA: Revista Paraense de Medicina**, 2009. Vol.02 (3), pp. 53-58.
- [6] CANUDO M. Â., NOGUEIRA, L. T. Acidente Vascular Cerebral e Qualidade de Vida: uma Revisão Integrativa. J. Res. **Teresina-PI: Revista de pesquisa cuidado Fundamental Online**, 2015 vol7(2), pp.2561-2568. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50570946036>> Acesso em: 19 de outubro de 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2561-2568.
- [7] CARVALHO I. A., DEODATO, L. F. Fatores de Risco do Acidente Vascular Encefálico. **Revista Científica da FASETE** 2016. Disponível em: http://www.fasete.edu.br/revistarios/media/revistas/2016/fatores_de_risco_do_acidente_vascular_encefalico.pdf >. Acesso em: 02 de novembro de 2017.
- [8] FERREIRA C. J., CONTATO, C. Alterações cardiorrespiratórias após sequela de **Acidente Vascular Encefálico: Estudo de Caso. Patos de Minas- MG: Revista Mineira de Ciências da Saúde**, 2012. vol. (4), pp.44-56. ISSN 2176-2244.
- [9] LEITE H. R., NUNES, A. P. N., CORRÊA, C. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico cadastrado na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG. **São Paulo- SP: Revista Fisioterapia e Pesquisa**, 2009. vol.16, n.1, pp.34-9.
- [10] ESCARCEL B. W., MÜLLER, M. R., RABUSKE, M. Análise do controle postural de pacientes com AVC Isquêmico próximo a alta hospitalar. **Pelotas- RS: Ver. Neurociências**, 2010. Vol.18(4), pp.498-504.
- [11] ROLIM C. L. R. C., MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Rio de Janeiro- RJ. Cad. Saúde Pública**, 2011. Vol 27(11), pp.2106-2116.
- [12] ANTUNES J. E. Influência do Controle Postural e Equilíbrio de Marcha de Pacientes com Sequelas de Acidentes Vascular Cerebral. **Fortaleza- CE: Revista Fisioterapia**. S. fun, 2016, vol. 5 (1), pp 30 – 41.
- [13] JUNIOR S. L. A., LIMA, A. M., SILVA, T. G. Atuação dos Profissionais Fisioterapeutas na Reabilitação do Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. **Teresina- Piauí: Revista Interdisciplinar**, 2016. Vol.9, n.3, pp.179-184. ISSN 2317-5079.
- [14] SCHÄFER P. S., MENEGOTTO, L. O., TISSER, L. Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. **Revista Ciências & Cognição**, 2010. vol.15(2), pp.202-215. Disponível e: <<http://www.cienciasecognicao.org>>. Acesso em: 19 de outubro de 2017. ISSN 1806-582.
- [15] PIASSAROLI C. A. P., Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. **Itu - SP: Revista Neurociências**, 2012. vol.20(1), pp.128-137.
- [16] CANCELA D. M. G. O Acidente Vascular Cerebral Classificações, Principais Conseqüências e Reabilitação. **Revista Lusitano do porto- Portugal**, 2008 Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>> Acesso em 23 de maio de 2017.
- [17] LEÃO K. F., ZANINI, D. S. Alterações Neuropsicológicas em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Encefálico. São Paulo- SP, 2015 **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v.15, n.1, pp. 30-40. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/PUBLIC/UP_MAC_KENZIE/servicos_educacionais/stricto_sensu/Disturbios_Desenvolvimento/Cadernos_2015>. Acesso em: 02 de novembro de 2017.

- [18] OLIVEIRA M. R., ORSINI, M. Escalas de Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Brasileiros Após Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**, 2008. Disponível em: revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2003/235%20revisao Acesso em: 19 de outubro de 2017.
- [19] GOUVÊA D. Acidente Vascular Encefálico: Uma Revisão da Literatura. **Rio de Janeiro- RJ: Revista Atual**, 2015. Vol.06, 2 n.02, pp.02-06. Disponível em: < inseer.ibict.br/cafsj >. Acesso em: 19 de outubro de 2017.
- [20] TELES M. S., GUSMÃO, C. Avaliação Funcional de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral Utilizando o Protocolo Fungl- Meyer. **Jequié- BA: Revista Neurociências**, 2012. vol. 20 (1). Pág.42-49.
- [21] CAMPOS M. O., NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Montes Claros – MG: Revista baiana de saúde pública** 2008. Vol.32, n.2, pp. 232- 240.
- [22] SCALZO P. L. Qualidade de Vida em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Clínica de Fisioterapia PUC Minas Betim. **Betim- MG: Revista Neurociências**, 2010. vol.18 (2), pp. 139-144.
- [23] OLIVEIRA E. S. G. Como reconhecer o acidente vascular cerebral – AVC. **Minas Gerais- MG: Revista tele saúde**. Disponível em: < www.telessaude.hc.ufmg.br/fisioterapia/como_reconhecer_um_avc.pdf >. Acesso em: 19 de outubro de 2017.
- [24] BROL Â. M. Aplicação da combinação da terapia de restrição e indução do movimento e toxina botulínica tipo a em uma paciente hemiparética crônica pós acidente vascular encefálico: um estudo de caso. **Revista fisioterapia em ação**, 2017. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/fisioterapiaemacao/article/view/13399> >. Acesso em: 02 de Novembro de 2017.
- [25] TIEPPO C. C. Influência da terapia do espelho na reabilitação do membro superior parético de pacientes pós-avc: uma revisão da literatura. In: **IV Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG II Salão de Extensão**, 2016, Caxias do Sul – RS. [s.n.], 2016. p. 1-10.
- [26] CALIL S. R. Reabilitação por meio da dança: uma proposta fisioterapêutica em pacientes com seqüela de AVC. **São Paulo - SP: Revista Neurociências**, 2007. vol.15, n.3:195–202.
- [27] BARCALA L. Análise do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após o treino com o programa Wii Fit **Curitiba- PR: Fisioterapia. Mov**, 2011. vol. 24, n. 2, pp. 337-343. ISSN 0103-5150.
- [28] BROL Â. M., BORTOLOTO, F., MAGAGNIN, N. M. S. Tratamento de Restrição de Indução do Movimento na Reabilitação Funcional de Pacientes Pós Acidente Vascular Encefálico: uma Revisão Bibliográfica. **Curitiba- PR: Fisioterapia. Mov**, 2009, vol.22, n. 4, pp. 497-509. ISSN 0103-5150.
- [29] BROWSKA-BENDER M. The Impact of Ischemic Cerebral Stroke on the Quality of Life of Patients Based on Clinical, Social, and Psychoemotional **Factors Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, Vol. 26, No. 1 (January), 2017: pp 101 107 . Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.08.036>.
- [30] CHAIYAWAT P., KULKANTRAKORN, K., SRITIPSUKHO, P. Effectiveness of home rehabilitation for ischemic stroke. **Neurology International**; volume 1:e10, Thailand, 2009. Doi:10.4081/ni. 2009.e10.
- [31] COMBS S.A. Balance, Balance Confidence, and Health-Related Quality of Life in Persons With Chronic Stroke After Body Weight–Supported Treadmill Training. **Arch Phys Med Rehabil** Vol 91, December 2010.
- [32] COSTA V. M. Qualidade de vida em portadores de acidente Vascular encefálico: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research–BJSCR**, 2015. vol.11, n.4, pp.37-41. Disponível em < <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>> Acesso em 22 de outubro de 2017.
- [33] DELBONI M. C. C. Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **São Paulo- SP: O Mundo da Saúde**, 2010. Vol. 34 (2), pp. 165-175.
- [34] DUNCAN P. W. Body-Weight–Supported Treadmill Rehabilitation after Stroke. **N Engl J Med**. May 26; 364(21): 2026–2036, 2011. Doi: 10.1056/NEJMoa1010790.
- [35] FERNANDES F. I. B. Evolução motora e funcional de Doentes com AVC nos primeiros três Meses após a alta-hospitalar. **Porto- Portugal: Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, 2010. n 7, pp. 426-438 (2010) ISSN: 1646-0499.
- [36] FERNANDES M. B. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. **Curitiba- PR: Revista Fisioterapia Mov**, 2012, vol. 25, n. 2, pp. 333-341. ISSN 0103-5150.
- [37] FONSECA A. M. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV). **Estudo de Validação para a População Idosa Portuguesa**, 2009. Disponível em: <https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream/10316.2/5429/6/24%20>> Acesso em: 02 de Novembro de 2017. DOI:http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_50_20.
- [38] GIRIKO C. H. Capacidade funcional de hemiparéticos crônicos submetidos a um programa de fisioterapia em grupo. **São Paulo- SP: Revista Fisioterapia e Pesquisa**, 2010. v.17, n.3, p.214-9.
- [39] LIMA R. C. M. Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo Rasch. **São Carlos: Revista Brasileira de Fisioterapia**, 2008. vol. 12, n. 2, 20, pp. 149-156. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016537012>>. Acesso em: 02 de novembro de 2017. ISSN: 1413-3555.

- [40] MASSOCO D. Z. S., LUCINIO, L. A., SANTA, R. M. Hemiplegia: uma revisão bibliográfica. **III Encontro Científico do GEPro Grupo de Estudo de Produção**, 2013. Disponível em: <geprofatecjahu.com.br/anais/2013/24.pdf>. Acesso em: 21 de outubro de 2017.
- [41] MCCRORY P. Botulinum Toxin A For Treatment Of Upper Limb Spasticity Following Stroke: A Multi-Centre Randomized Placebo-Controlled Study Of The Effects On Quality Of Life And Other Person-Centred Outcomes.2009 **J Rehabil Med**, 41 pp.536–544.
- [42] MONTAGNA J. C. Effects of aquatic physiotherapy on the improvement of balance and corporal symmetry in stroke survivors. **Int J Clin Exp Med**; 7(4), pp.1182-1187, 2014. Disponível em: <www.ijcem.com>. Acesso em: 02 de novembro de 2017. /ISSN:1940-5901/IJCEM0000023.
- [43] MOREIRA N. R. T. L. Qualidade de Vida em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **João Pessoa-PB: Revista Neurociências**, 2015. vol.23 (4), pp.530-537. Doi: 10.4181/RNC. 2015.23.04.1036.08p.
- [44] PALAVRO E. M. B., SCHUSTER, R. C. Efeitos da Terapia de Contensão Induzida Adaptada na Funcionalidade e Qualidade de Vida de Pacientes Hemiparéticos **Fortaleza- CE: Revista Fisioterapia. S Fun**, 2013. Vol. 2(2), pp 51-60.
- [45] POLLOCK A. Physiotherapy Treatment Approaches for Stroke. From the Academic Section of Geriatric Medicine, **Glasgow Royal Infirmary**, UK; Queen Margaret University (G.D.B.), Edinburgh, UK; and University of East Anglia (V.M.P.), UK,2008. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org. Acesso em: 02 de novembro de 2017. DOI: 10.1161/STROKEAHA.107.492710.
- [46] RANGEL E. S. S., BELASCO, A. G. S., DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Revista Acta Paul Enfermagem**. 2013; vol.26(2), pp.205-12.
- [47] RIZZETTI D. A., TREVISAN, C. M. Avaliação da capacidade funcional em pacientes portadores de sequelas de AVC participantes do projeto de hidrocinesioterapia aplicada às patologias neurológicas do idoso. **Santa Maria –RS: Saúde, Santa Maria**,2008 vol.34, n.1-2: pp 32-36.
- [48] SOUZA J. C. R. P., BARROS, N. H. S. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. **Porto Alegre - RS: Revista quitar**, 2008. vol. 30(1), pp.89-90.
- [49] SUZANO D. S. A importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos. **Rio de Janeiro- RJ: Revista Saúde em Redes**, 2016. Vol.02 (1), pp. 53 – 63. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p53-63>.
- [50] TSUKAMOTO H. F. Análise da independência funcional, qualidade de vida, força muscular respiratória e mobilidade torácica em pacientes hemiparéticos submetidos a um programa de reabilitação: estudos de caso. **Londrina- PR: Semina: Ciências Biológicas da Saúde**, 2010.vol. 31, n.1, pp. 63-69.