

UNIGRANRIO
CURSO DE MEDICINA

REBECCA SOARES EDSON

**ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DE MELHOR PROGNÓSTICO NO ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Duque de Caxias
Julho/2018

REBECCA SOARES EDSON

**ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DE MELHOR PROGNÓSTICO NO ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da UNIGRANRIO, sob orientação
da professora Stella Aparecida, como requisito
parcial para obtenção do bacharelado Medicina.

Duque de Caxias
Julho/2018

ACU
03/07/18

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acidente vascular encefálico (AVE) é definido como um sinal clínico de desordem focal da função cerebral, com súbita instalação ou ágil evolução, com duração de mais de 24h. Os tipos de AVE são, em geral, classificados de acordo com o aspecto patológico determinado por cada um deles, isto é, isquêmico e hemorrágico. **OBJETIVO:** Avaliar os melhores tratamentos em caso de acidente vascular encefálico. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi feita uma revisão bibliográfica através do levantamento de dados de diversificadas fontes, observando as melhores opções terapêuticas do acidente vascular encefálico. **CONCLUSÃO:** O acidente vascular encefálico é uma emergência na área de saúde e é indispensável que a terapia seja prontamente definida a fim de não prejudicar o prognóstico do paciente acometido.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico, Terapia, Prognóstico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The stroke is defined as a clinical sign of focal disturbance of brain function, the characteristics is a fast installation or agile evolution and over 24 hours in duration. The kinds of stroke is classifieds according the pathologic aspect determined by each one of their, this is, ischemia or brain hemorrhage. **OBJECTIVES:** Evaluate the bests treatments in case of a stroke. **MATERIALS AND METHODS:** It was realized a bibliographic revision by study of distinct sources, observing the bests treatments of stroke. **CONCLUSION:** The stroke is a medical emergency and is indispensable that the therapy be quickly defined to not prejudice the prognostic of the patient.

Keywords: Stroke, Therapy, Prognostic.

LISTA DE ABREVIACES

AVC: Acidente Vascular Cerebral
AVCh: Acidente Vascular Cerebral Hemorrgico
AVCi: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVE: Acidente Vascular Encefálico
AVEh: Acidente Vascular Encefálico Hemorrgico
AVEi: Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
HIP: Hemorragia Intraparenquimatosa
HSA: Hemorragia Subaracnóidea
PA: Pressão Arterial
PAD: Pressão Arterial Diastólica
PAS: Pressão Arterial Sistólica
PPC: Pressão de Perfusão Cerebral
TC: Tomografia Computadorizada

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de exclusão para trombólise intravenosa

18

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	9
II. JUSTIFICATIVA	11
III. OBJETIVOS	12
III.1 GERAL	12
III.2 ESPECÍFICOS	12
IV. REFERENCIAL TEÓRICO	13
IV.1. Acidente vascular cerebral	13
IV.1.1 Dados epidemiológicos e achados clínicos	13
IV.1.2 Diagnóstico	14
IV.1.3 Tratamento	15
V. MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
VI. DISCUSSÃO	17
VI. 1 Estratégias terapêuticas	17
VII. CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS	21

I. INTRODUÇÃO

A definição de acidente vascular cerebral (AVC), também chamado de acidente vascular encefálico (AVE) é classicamente feita como um déficit neurológico, que costuma ser focal, com súbita instalação ou ágil evolução, sem que se possa atribuir outra justificativa que não seja vascular, e com duração maior que 24 horas - ou menor que 24 horas, entretanto, que leve ao óbito. Os tipos de AVC são, em geral, classificados de acordo com o aspecto patológico determinado por cada um deles, isto é, isquêmico ou hemorrágico. Há estatísticas que apontam o acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) como responsável por cerca de 80% e o acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh) por aproximadamente 20% dos casos. O AVCi pode ser dividido de acordo com os mecanismos determinantes da lesão isquêmica, causados por trombose ou embolia, enquanto o AVCh é dividido pelas topografias que determinam o insulto, podendo se apresentar na forma de hemorragia com topografia subaracnóidea ou intraparenquimatosa. Suas formas de apresentação devem ser analisadas de modo separado, porquanto apresentam muitas diferenças clínicas, etiológicas e terapêuticas; entretanto independentemente das diferenças, para evitar que o falecimento do tecido cerebral e consequentes complicações ocorram, é necessário que o tratamento efetivo seja realizado ainda na fase aguda da doença.

As sequelas que um acidente vascular cerebral causa podem implicar em perda da autonomia e dependência. Muitos pacientes são impedidos de voltar ao trabalho e precisam de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas como alimentar-se, vestir-se e cuidar da higiene pessoal. São numerosos os déficits resultantes do acidente vascular cerebral em questões físicas, cognitivas e emocionais, demandando grande necessidade de uma equipe interdisciplinar para cuidar de um paciente que sofreu um AVC, por isso o estudo aprofundado dessa afecção vascular torna-se um desafio, já que causa impacto social não apenas no paciente acometido como também em seus familiares e cuidadores.

A grandeza em termos de prevalência e incidência assinala a importância epidemiológica no Brasil e no mundo, já que os acidentes vasculares cerebrais estão entre as principais causas de morte e incapacitação física. Embora haja queda da mortalidade causada pelo AVC no Brasil, este ainda é a primeira causa de morte e incapacidade no país, causando enorme impacto social e econômico; sendo o

aumento da expectativa de vida associado à piora do estilo de vida dois fatores de risco que mantêm o AVC nessa posição. Devido à enorme importância socioeconômica dessa condição clínica, há muitas pesquisas sobre a fisiologia e fisiopatologia da circulação cerebral, ocasionando mudanças nos conceitos clínicos do tratamento, o que tornou possível tomar medidas para a prevenção das lesões cerebrais ou diminuição das sequelas, permitindo que o médico abandone a falsa premissa de que não há como melhorar a qualidade de vida do paciente que sofreu um acidente vascular cerebral. Identificar as principais características que as vítimas de doença vascular cerebral apresentam proporciona ao médico apropriar-se de aparatos técnicos e científicos que prestem assistência qualitativa no atendimento assistencial, aumentando o alcance de melhor evolução clínica após o evento. O estudo cauteloso dessa patologia é essencial, visto que permite ao profissional de saúde reconhecer, facilmente, a clínica e tratar o paciente de modo adequado, conseguindo resultados admiráveis no prolongamento da vida útil dos pacientes.

II. JUSTIFICATIVA

O acidente vascular cerebral é um problema de saúde pública, é imprescindível todo o sistema de saúde tratar essa afecção com urgência e prioridade, uma vez que quanto mais precoce e eficazmente for o suporte clínico no manejo do AVC, melhor será o prognóstico do paciente. O estudo presente preocupa-se com essa doença vascular não apenas pelas consequências clínicas que decorrem dela, mas pelo abalo emocional no paciente afetado e em seus cuidadores. Por ser uma entidade clínica que causa um grande impacto na vida do paciente, de seus familiares e no sistema de saúde, há grande necessidade no estudo cuidadoso de seus tratamentos e reabilitações. A abordagem de início nesse acometimento cerebral tem o objetivo de minimizar a lesão cerebral e o tratamento precoce das complicações clínicas associadas à doença vascular, o que torna de grande importância o manejo de todos os casos suspeitos dessa afecção.

O paciente acometido pelo acidente vascular cerebral é surpreendido com o inesperado, porquanto as consequências clínicas que decorrem de um acidente vascular cerebral podem atingi-los em um nível psicológico, visto que perder a capacidade de falar, ler, equilibrar-se, caminhar, mover um membro ou até mesmo compreender o que lhe é dito pode fazer com que o paciente sinta-se incapaz e perca a vontade de viver; o impacto sentimental é importante ainda que as consequências sejam temporárias e não tão devastadoras, visto que qualquer abalo cerebral pode levar um paciente ativo a adquirir completa dependência de outrem.

Torna-se imprescindível o conhecimento aprofundado sobre essa doença vascular que com o passar do tempo adquire maior incidência na população, não apenas brasileira como mundial, uma consequência do aumento da expectativa de vida somado a um estilo de vida menos saudável. É essencial que os profissionais de saúde sejam capacitados com a arte de cuidar e dotados de conhecimento específico a fim de que os pacientes sejam beneficiados, devidamente tratados e reabilitados da melhor maneira descrita na literatura.

III. OBJETIVOS

III.1 GERAL

O presente estudo tem como objetivo geral realizar uma revisão bibliográfica para avaliar os melhores tratamentos a serem realizados em pacientes que sofreram um acidente vascular cerebral. O resultado da avaliação tem como propósito orientar estratégias terapêuticas de maiores sucessos ao conduzir o paciente acometido pelo AVC.

III.2 ESPECÍFICOS

- Entender a importância do tratamento precoce na doença vascular cerebral;
- Analisar quais estratégias de tratamento são mais eficazes para uma evolução com mínimas ou nenhuma sequela;
- Refletir sobre a dimensão da doença e como seu estudo profundo pode melhorar o prognóstico e qualidade de vida dos pacientes após o acidente vascular cerebral.

IV. REFERENCIAL TEÓRICO

IV.1. Acidente vascular cerebral

IV.1.1 Dados epidemiológicos e achados clínicos

O acidente vascular encefálico, também chamado de acidente vascular cerebral, ou popularmente conhecido como derrame, é um déficit neurológico focal de início abrupto com duração de 24h. De acordo com a OMS, é a segunda causa mais comum de morte em países desenvolvidos, e, de acordo com o DATASUS, a principal causa de morte no Brasil. Em se tratando de todas as nações da América Latina, “o Brasil é o país que apresenta as maiores taxas de mortalidade por AVC” (Garritano et al, 2011).

Há vários fatores de risco para esse déficit neurológico, estes são divididos em fatores modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis principais são: hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes mellitus, dislipidemia e fibrilação atrial; enquanto os não modificáveis são principalmente: raça negra e idade avançada. Reconhecer os fatores de risco modificáveis é considerável para determinar o mecanismo que engendrou a conjuntura do AVC.

Pode-se categorizar o acidente vascular encefálico em dois grupos: hipóxico-isquêmico (AVEi), que resulta de uma falência no aporte sanguíneo para a região cerebral que deveria ser suprida, e hemorrágico (AVEh), que resulta do rompimento de um vaso dentro do cérebro, causando extravasamento de sangue dentro do parênquima cerebral. De acordo com o livro Medicina de Emergência: Abordagem Prática (2017, p. 1110), segundo as estatísticas, o AVEi é responsável por cerca de 80% dos casos, enquanto o AVEh, abrange em torno de 20%. Em se tratando de déficits neurológicos isquêmicos, existe o ataque isquêmico transitório, em que embora a literatura costume descrever que os sinais e sintomas regredem em menos de 24 horas, a maioria dos casos tem duração inferior a uma hora.

Suspeita-se de AVC quando ocorre déficit neurológico súbito, que progride rapidamente. O quadro clínico dependerá do sítio cerebral acometido e o conhecimento do tempo de progressão é essencial para que o médico defina e tenha sucesso em sua decisão terapêutica. Sendo assim, colher a história de forma rápida,

porém eficiente, com o paciente ou seu acompanhante determinará um possível bom prognóstico no andamento do caso.

Manifestações neurológicas em consequência de isquemia no território carotídeo costumam cursar com dificuldade motora, déficit sensitivo, problemas de linguagem e alterações visuais; enquanto que a isquemia do território vertebrobasilar, além das características já citadas, também cursa com alterações de coordenação e alterações nos nervos cranianos localizados no tronco encefálico. Em se tratando de déficits neurológicos em decorrência de hemorragia intraparenquimatosa (HIP), o quadro clínico costuma apresentar cefaleia, náusea e vômitos, rebaixamento do nível de consciência, níveis pressóricos aumentados e até crises convulsivas; nos casos de hemorragia subaracnóidea (HSA), a manifestação mais característica é a cefaleia súbita, holocraniana e de forte intensidade.

IV.1.2 Diagnóstico

Diagnosticar precocemente um AVC é imprescindível para um bom tratamento e seguimento da doença. Além de diagnosticar, é importante classificar corretamente seu subtipo, a fim de programar o tratamento adequado. Para conseguir alcançar seu objetivo, o médico deve lançar mão de uma anamnese atenciosa assim como exame físico e exames complementares.

Os exames complementares são importantes e devem ser colhidos assim que surge a hipótese diagnóstica, e são eles: hemograma, glicemia, ureia, creatinina, sódio, potássio, exames de coagulação, eletrocardiograma e radiografia de tórax. Além disso, um exame de neuroimagem é relevante, e devido a maior disponibilidade e menor taxa de custo, a tomografia computadorizada (TC) de crânio é o exame, frequentemente, utilizado.

No AVEi, a TC de crânio demonstra área de hipoatenuação. Entretanto, de acordo com o livro Medicina de Emergência: Abordagem prática (2016, p. 1115), a tomografia de crânio nas primeiras horas do início de um acidente vascular encefálico isquêmico se encontra negativa em 30% dos casos. No AVEh, a imagem encontrada na TC é uma área de hiperatenuação.

IV.1.3 Tratamento

A abordagem do tratamento do AVC é típica para cada tipo. Além disso, medidas de vigilância clínica e estabilização do paciente devem ser tomadas até que a hipótese diagnóstica seja confirmada e ainda após o tratamento ter sido instituído.

No atendimento inicial do AVEi, o objetivo é evitar lesões cerebrais irreversíveis. Devem ser implementadas medidas universais de suporte de vida avançado, sempre avaliando as funções respiratória e cardiovascular. Os exames laboratoriais para análise hematológica, bioquímica e coagulograma devem ser solicitados de imediato.

V. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica, considerando a magnitude do tema, baseada em artigos originais, livros, relatos de caso e revisões de literatura em bases de dados - PubMed (Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online).

A pesquisa de artigos teve início no segundo semestre de 2017 e se findou no primeiro semestre de 2018. O referencial teórico traz um apanhado geral sobre o acidente vascular cerebral, dando base para o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso, que se trata das melhores estratégias terapêuticas para a condução de um acidente vascular cerebral.

Este estudo implicou no levantamento de dados de diversificadas fontes, para esse fim, foi utilizado método rigoroso, em virtude de leitura atenta e interpretativa, com levantamento do maior número de dados possíveis, atualizados e fidedignos, nos quais com o suporte de leitura e análise criteriosa de resumos dos artigos, foi feita uma pré-seleção. Os artigos pré-selecionados passaram por uma nova fase de seleção, na qual foi feita a leitura dos mesmos a fim de que a literatura utilizada não colocasse em questão a qualidade do estudo; por fim, foram selecionados os artigos com embasamento necessário para construção deste trabalho. A análise foi feita após levantamento dos dados da literatura, observando as melhores opções terapêuticas do acidente vascular cerebral. Depois de colhidos os dados, foi realizada organização em banco de dados e análise dos resultados encontrados.

VI. DISCUSSÃO

VI. 1 Estratégias terapêuticas

O atendimento inicial é primordial para garantir a permeabilidade das vias aéreas, hidratar, corrigir distúrbios metabólicos e hipertermia. Prescrever o jejum oral nas primeiras 24 horas do acometimento cerebral é importante para evitar possíveis vômitos ou aspirações e consequentes pneumonias nos pacientes com nível de consciência rebaixado.

Outra essencial medida precoce é a prevenção de possíveis complicações neurológicas como edema cerebral, a transformação em hemorragia e crises convulsivas. Prevenir complicações não neurológicas como aspiração e pneumonia, úlcera de decúbito, infecção urinária, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar são essenciais para cuidar da qualidade de vida do doente.

A pressão arterial (PA) deve ser observada, porquanto a isquemia desencadeia uma reação endócrina que eleva os níveis pressóricos, entretanto, existe uma importância nesse aumento que é manter a pressão de perfusão cerebral (PPC). Devido a isso, a maior parte dos autores aconselha que o aumento da PA não seja tratado com exceção de casos relacionados a emergências hipertensivas ou nos pacientes que apresentarem AVEi e pressão arterial diastólica (PAD) acima de 120mmHg ou pressão arterial sistólica (PAS) acima de 220 mmHg. Em caso de hipertensão arterial na fase aguda do AVEi e 24 horas após o início do tratamento trombolítico, recomenda-se manter a PA abaixo de 185/110 mmHg.

O tratamento trombolítico intravenoso depende de critérios de indicação, entre eles, é importante ressaltar o tempo de evolução do quadro clínico neurológico que deve ser menor que 4,5 horas até o início da infusão do agente. Os outros critérios de inclusão para trombólise intravenosa são: idade maior de 18 anos, diagnóstico clínico de AVEi, déficit neurológico de intensidade significativa e tomografia de crânio sem evidências de hemorragia. Os critérios de exclusão também precisam ser checados de forma rigorosa (Tabela 1).

TABELA 1 – Critérios de exclusão para trombólise intravenosa

Anticoagulação oral e tempo de protrombina <15 segundos (INR > 1,7)
História patológica pregressa ou sinais de hepatopatia e atividade de protrombina menor que 50%
Plaquetopenia abaixo de 100.000/mm ³
Quando clínico sugestivo de HSA, mesmo se a TC de crânio estiver normal
História de cirurgia em sistema nervoso central, trauma crânioencefálico grave ou AVEi nos últimos 3 meses
Punção arterial nos últimos 7 dias em um sítio não compressível
Punção líquórica nos últimos 7 dias
Persistência da PAS > 180 mmHg ou PAD > 105 mmHg, ou necessidade de continuar com medidas agressivas para a redução da PA
Melhora rápida dos sinais neurológicos
Discretos sinais neurológicos isolados
História prévia de hemorragia intracraniana
Conhecida malformação vascular, aneurisma ou neoplasia do sistema nervoso central
Sangramento interno ativo

Fonte: adaptado de Medicina de Emergência: Abordagem prática (2017, p. 1121)

Quando usada nas primeiras 48 horas do evento cerebral, há benefício do uso da aspirina (dose inicial de 325 mg/dia). Em pacientes alérgicos, seu uso é trocado pelo clopidogrel (75 mg/dia), mas não há estudos que evidenciam o benefício deste medicamento na fase aguda de AVEi.

A fim de estabelecer um melhor prognóstico, a fisioterapia motora e respiratória deve ser iniciada assim que o paciente for estabilizado clinicamente.

Na hemorragia intraparenquimatosa, o tratamento costuma ser de suporte. O atendimento inicial costuma ser semelhante ao AVEi e os mesmos cuidados são

tomados em relação à observação da PA, com a diferença de que os pacientes com história prévia de hipertensão arterial devem ter a pressão arterial média mantida abaixo de 130 mmHg. Em caso de drenagem cirúrgica, a pressão arterial média não deve ficar acima de 110 mmHg.

A hipertensão intracraniana tem alta mortalidade, necessitando de controle; é preciso mantê-la abaixo de 20 mmHg e a pressão de perfusão cerebral acima de 70 mmHg. As principais medidas para a redução da hipertensão intracraniana são o uso de manitol, hiperventilação a fim de reduzir a pressão parcial de gás carbônico e determinar vasoconstrição cerebral, sedação e/ou bloqueio neuromuscular. Não existe um tratamento específico com melhor prognóstico para a hipertensão intracraniana, o estado neurológico do doente deve ser seguido e reavaliado em intervalos curtos para evitar a piora.

Na hemorragia subaracnóidea, divide-se o tratamento em suporte clínico, tratamento e profilaxia das complicações neurológicas e do aneurisma roto. Sendo a ruptura do aneurisma com ressagramento uma das complicações mais inconvenientes da HSA, preveni-lo também implica em melhor prognóstico para o paciente e a profilaxia deste se baseia em medidas gerais como repouso, ansiolíticos, laxantes, tratamento da pressão elevada e tratamento cirúrgico do aneurisma que rompeu.

O vasoespasmo é uma complicação neurológica pós HSA com elevado impacto na vida do paciente, visto que pode desencadear déficits isquêmicos tardios com alta morbimortalidade. De acordo com o livro *Medicina de Emergência: Abordagem prática* (2017, p. 1124), o tratamento farmacológico da PA com o bloqueador de canal de cálcio, nimodipina, pode melhorar o prognóstico do vasoespasmo, mas não melhora sua incidência; além disso, é necessário tratar e prevenir a hipervolemia e hemodiluição para a profilaxia do vasoespasmo. Em caso de falha das medidas clínicas, um tratamento mais agressivo feito por via endovascular, como a angioplastia mecânica.

Para prevenir a hidrocefalia, faz-se uso de corticoesteroides para diminuir o processo inflamatório no espaço subaracnóideo. Em casos mais graves, pode ser feita a derivação ventricular externa ou ainda a derivação ventricular peritoneal.

VII. CONCLUSÃO

O acidente vascular cerebral é uma emergência na área da saúde, sendo assim, é indispensável que a terapia seja prontamente definida a fim de não prejudicar o prognóstico do doente. Para tanto, é impreterível que esses pacientes tenham atendimento prioritário, tanto no contato com o médico quanto na realização de exames complementares e no seguimento das medidas terapêuticas.

Através da análise dos dados obtidos com as bibliografias analisadas entende-se que o suporte clínico é substancial no manejo do AVC, priorizando a permeabilidade das vias aéreas e a circulação. Apesar dos avanços nos estudos da abordagem terapêutica, nota-se que ainda há dificuldade no manejo da doença.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. (2012). Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Revista Neurociências*, 20, pp.481-482.
- ARAÚJO, J. P. de; DARCIS, J. V. V.; TOMAS, A. C. V. ARTIGOS ORIGINAIS Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os Anos de 2005 a 2015. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. Jaraguá do Sul, p. 56-62. Jul. 2018
- B.M., A. M. Neuroanatomia Funcional. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- CABRAL, N. L. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. *Comciência*, Campinas, v. 01, n. 109, p.1-5, jan. 2009
- CARVALHO, V. R. de; SANTOS, E. N. dos. Tratamento após Acidente Vascular Cerebral.
- CASTRO, J. A. B. de; EPSTEIN, M. G.; SABINO, G.B. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, n. 7, p. 171-173, abr. 2004.
- CHAVES, M. L. F. Acidente Vascular Encefálico: conceituação e fatores de risco. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 372-382, dez. 2000.
- EVARISTO, E. F. Acidente Vascular Cerebral. In: MARTINS, H. S.; NETO, R. A. B.; VELASCO, I. T. *Medicina de Emergência: Abordagem Prática*. 12 ed. Barueri: Manole, 2017. Cap. 61. P. 1110-1125.
- FIGUEIREDO, I. (2014). Efeitos da Estimulação Podal no Equilíbrio em Hemiparéticos por Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências*, 22(01), pp.12-16.
- GAGLIARDI, R. and GAGLIARDI, V. (2015). Características Clínico-Demográficas do Acidente Vascular Cerebral em Santa Maria, RS. *Revista Neurociências*, 23(03), pp.326-327.
- GAGLIARDI, R. and GAGLIARDI, V. (2014). Fibrilação Atrial e Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências*, 22(01), pp.144-148.
- LIMA, K., TENÓRIO, J., ALMEIDA, G., SANTOS, M. and ANDRADE, K. (2017). Reabilitação auditiva após acidente vascular encefálico: tratamento de distúrbios do

processamento auditivo em pacientes com acidente vascular encefálico com sistema de frequência modulada pessoal (FM). *Distúrbios da Comunicação*, 29(1), p.185.

LIMA, V.; CAETANO, J. A.; SOARES, E; SANTOS, Z. M. S. A. Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 19, n. 3, p149-154, mar. 2006.

MALCHER, S. A. O. MIRANDA, C. A. M.; D'ALBUQUERQUE, D. C. M. L; SOARES, C. G. M; CAVALCANTE, F. O. Q. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular encefálico de um Hospital público. *Revista Paraense de Medicina*, Pará, v. 22, n. 3, p. 52-58, set. 2008.

MENDONÇA, L. B. A.; LIMA, F. E. T.; OLIVEIRA, S. K. P. de. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.340-346, jun. 2012.

PEREIRA, A., ALVARENGA, H., PEREIRA, J. R.; BARBOSA, M. (2009). Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), pp.1929-1936.

PINTO, M. and RESENDE, R. (2014). Reconstruindo o cérebro após um derrame ou em demências. *Nanocell News*, 2(5), p.n/a-n/a.

PONTES-NETO, O. P. N.; OLIVEIRA-FILHO, J.; VALIENTE, R.; FRIEDRICH, B. P.; RODRIGUES, B. C. B.; LIBERATO, B.; FREITAS, G. R. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 67, p.940-950, 2009.

RINGLEB, P. A.; BOUSSER, M-G.; FORD, G.; BATH, P.; BRAININ, M; CASO, V.; CERVERA, A.; CHAMORRO, A.; CORDONNIER, C.; CSIBA, L.; DAVALOS, A.; DIENER, H-C.; HENNERICI, M.; KASTE, M.; LANGHORNE, P.; LEES, K.; LEYS, D.; LODDER, J.; MARKUS, H. S.; MAS, J-L.; MATTLE, H. P.; MUIR, K.; NORRVING, B.; OBACH, V.; PAOLUCCI, S.; RINGELSTEIN, E. B.; SCHELLINGER, P. D.; SIVENIUS, J.; SKVORTSOVA, V.; SUNNERHAGEN, K. S.; THOMASSEN, L.; TONI, D.; KUMMER, R. V.; WAHLGREN, N. G.; WALKER, M. F.; WARDLAW, J. Recomendações para o Tratamento do AVC Isquêmico e do Acidente Isquêmico

Transitório 2008: sociedade brasileira de doenças cerebrovasculares. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the Eso Writing Committee 2008, European, p. 01-125, 2008.

RODRIGUES, T. and CORDEIRO, G. (2014). Acidente Vascular Cerebral numa mulher jovem. *Gálicia Clínica*, 75(4), p.203.

ROLIM, C. and MARTINS, M. (2011). Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(11), pp.2106-2116.

SCALZO, P. L.; SOUZA, E. S. de; MOREIRA A. G. O. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Revista Neurociências*, Minas Gerais, v. 18, n.2, p.139-144, 2010.

SORIANO, F. and BARALDI, K. (2010). Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. *ConScientiae Saúde*, 9(3).