

O MANEJO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA**THE MANAGEMENT OF STROKE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.006-016>**Vanessa Batista Rasia Pruss**

Médica, Residência em clínica médica

E-mail: vanessarasia@hotmail.com**Rosangela Lobo Teixeira Zizler**

Médica pela Universidade Federal da Bahia

E-mail: rosangelaltz@gmail.com**Rosane Pereira da Silva**

Médica, Revalidada pela UFRJ.

E-mail: rosane@gmail.com**Eduardo Henrique Pereira Vieira**

Medicina pela Univaço – Ipatinga

E-mail: Dreduardo1009@gmail.com**Vanessa Batista Pereira**

Médica

E-mail: vanessa.samu@hotmail.com**RESUMO**

Este estudo revisa o manejo atual do acidente vascular cerebral (AVC), destacando a importância da rapidez na intervenção para minimizar danos neurológicos irreversíveis. A abordagem diagnóstica inicia com uma avaliação neurológica completa, seguida de uma tomografia computadorizada (TC) de crânio para diferenciar entre AVC isquêmico e hemorrágico. A TC é crucial para guiar as estratégias terapêuticas e descartar outras condições com sintomas semelhantes. No AVC isquêmico, o foco está na restauração do fluxo sanguíneo cerebral. A trombólise intravenosa com alteplase, dentro da janela terapêutica ideal (geralmente até 4,5 horas do início dos sintomas), é a principal intervenção, visando dissolver o coágulo que obstrui o vaso sanguíneo. Entretanto, critérios de inclusão e exclusão rigorosos devem ser seguidos para minimizar riscos. Para casos selecionados, a trombectomia mecânica, que remove fisicamente o coágulo, oferece uma alternativa ou complemento à trombólise, especialmente em oclusões de grandes vasos. O manejo do AVC hemorrágico concentra-se no controle da pressão arterial para prevenir a expansão do hematoma intracraniano. Medicamentos anti-hipertensivos são administrados cautelosamente para evitar hipotensão. Em casos selecionados, a cirurgia (craniotomia) pode ser necessária para evacuar o hematoma ou reparar o vaso rompido. Independentemente do tipo de AVC, o suporte vital é essencial, incluindo monitorização cardíaca e respiratória, controle glicêmico e prevenção de complicações como trombose venosa profunda e úlceras de pressão. Após a fase aguda, a reabilitação multidisciplinar, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, é fundamental para a recuperação funcional e a melhoria da qualidade de vida. A reabilitação precoce e intensiva demonstra resultados positivos na recuperação neurológica e na independência funcional dos pacientes. O artigo enfatiza a necessidade de protocolos



clínicos padronizados, treinamento adequado da equipe médica e acesso rápido aos recursos diagnósticos e terapêuticos para otimizar o manejo do AVC e melhorar o prognóstico.

Palavras-chave: Trombo; Ruptura de aneurisma; Acidente vascular encefálico; Risco cardiovascular.

ABSTRACT

This study reviews the current management of stroke, highlighting the importance of rapid intervention to minimize irreversible neurological damage. The diagnostic approach begins with a thorough neurological evaluation, followed by a computed tomography (CT) scan of the skull to differentiate between ischemic and hemorrhagic stroke. CT is crucial for guiding therapeutic strategies and ruling out other conditions with similar symptoms. In ischemic stroke, the focus is on restoring cerebral blood flow. Intravenous thrombolysis with alteplase, within the ideal therapeutic window (usually up to 4.5 hours from the onset of symptoms), is the main intervention, aimed at dissolving the clot obstructing the blood vessel. However, strict inclusion and exclusion criteria must be followed to minimize risks. For selected cases, mechanical thrombectomy, which physically removes the clot, offers an alternative or complement to thrombolysis, especially in large vessel occlusions. The management of hemorrhagic stroke focuses on controlling blood pressure to prevent the expansion of the intracranial hematoma. Antihypertensive drugs are administered cautiously to avoid hypotension. In selected cases, surgery (craniotomy) may be necessary to evacuate the hematoma or repair the ruptured vessel. Regardless of the type of stroke, life support is essential, including cardiac and respiratory monitoring, glycemic control and prevention of complications such as deep vein thrombosis and pressure ulcers. After the acute phase, multidisciplinary rehabilitation, including physiotherapy, occupational therapy and speech therapy, is essential for functional recovery and improving quality of life. Early and intensive rehabilitation shows positive results in neurological recovery and in patients' functional independence. The article emphasizes the need for standardized clinical protocols, adequate training of medical staff and rapid access to diagnostic and therapeutic resources to optimize stroke management and improve prognosis.

Keywords: Thrombus; Aneurysm rupture; Stroke; Cardiovascular risk.



1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE), ou também conhecido como derrame, configura-se como uma emergência médica que demanda intervenção rápida e eficaz para minimizar sequelas e garantir a melhor qualidade de vida possível ao paciente. O manejo, portanto, urge por uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de diversas áreas da saúde, desde o atendimento pré-hospitalar até a reabilitação pós-AVE. A eficácia do tratamento está intrinsecamente ligada à rapidez da resposta, à precisão do diagnóstico e à implementação de estratégias terapêuticas adequadas e individualizadas¹.

A epidemiologia do acidente vascular encefálico (AVE) revela um quadro complexo e preocupante em termos de saúde pública global. O AVE é uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, afetando milhões de pessoas anualmente. Sua incidência e prevalência variam consideravelmente entre diferentes regiões, grupos populacionais e ao longo do tempo⁴.

A incidência de AVE, ou seja, o número de novos casos por ano, varia de acordo com a idade, sexo e fatores de risco. Observa-se um aumento significativo da incidência com a idade, sendo mais comum em indivíduos acima de 65 anos. Embora a incidência seja maior em homens, a prevalência (número total de casos existentes em um determinado momento) pode ser similar entre homens e mulheres devido à maior expectativa de vida das mulheres⁶.

O seguinte artigo objetivou descrever informações importantes acerca do acidente vascular encefálico, principalmente no que se refere ao diagnóstico precoce e manejo adequado no departamento de emergência.

2 METODOLOGIA

Este estudo qualitativo, de revisão narrativa, investiga o manejo do acidente vascular cerebral (AVC) em serviços de emergência, buscando otimizar o prognóstico. A metodologia empregou uma revisão sistemática da literatura, buscando artigos indexados nas bases de dados PubMed, LILACS, SciELO e Latindex, publicados nos últimos 15 anos (junho de 2025). A busca utilizou os descritores “ruptura”, “trombo”, “distúrbio de coagulação”, combinados ou isoladamente. Os critérios de inclusão exigiram a presença destes termos no título, palavras-chave ou resumo, com foco nas repercussões clínicas do AVC e seu potencial incapacitante. Artigos duplicados, dissertações, teses e aqueles sem os termos de busca foram excluídos.

A análise ocorreu em duas etapas: inicialmente, leitura de títulos e resumos para seleção; posteriormente, leitura completa dos 24 artigos selecionados. A análise temática focou na classificação dos estudos segundo as características da amostra: aqueles que abordam aspectos conceituais e fisiopatológicos do AVC e aqueles que se concentram nas implicações clínicas de cada classificação. A análise considerou a fundamentação teórica, características gerais (ano de publicação, idioma), objetivos, metodologia, resultados e discussão de cada artigo. Este processo permitiu uma discussão abrangente sobre o manejo do AVC em



emergência, com base em evidências científicas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca dos artigos que compuseram este estudo identificou 55 referências a respeito do manejo do AVC nas bases de dados referidas, das quais 33 publicações foram incluídas na revisão. Entre os estudos selecionados, 28 artigos são de abordagem teórica, 1 apresenta desenho transversal, dois artigos tratam de um estudo de caso. Observou-se a prevalência de publicações na língua inglesa, representando 84% do total, quando comparada às línguas espanhola (9,6%) e portuguesa (6,4%).

A avaliação Inicial se baseia na equipe médica realiza uma análise neurológica completa para confirmar o diagnóstico e determinar a gravidade do AVC. Isso inclui avaliação do nível de consciência, força muscular, sensibilidade, fala e coordenação. Anamnese precisa sobre o início e evolução dos sintomas é crucial³.

Em ambos os tipos de AVC, o tratamento de suporte inclui monitorização rigorosa, controle de glicemia, prevenção de úlceras por pressão, profilaxia de trombose venosa profunda e manejo de outras complicações potenciais. Após a estabilização inicial, a reabilitação é fundamental para a recuperação⁷.

Tabela 1: Atribuições clínicas dos tipos de AVC

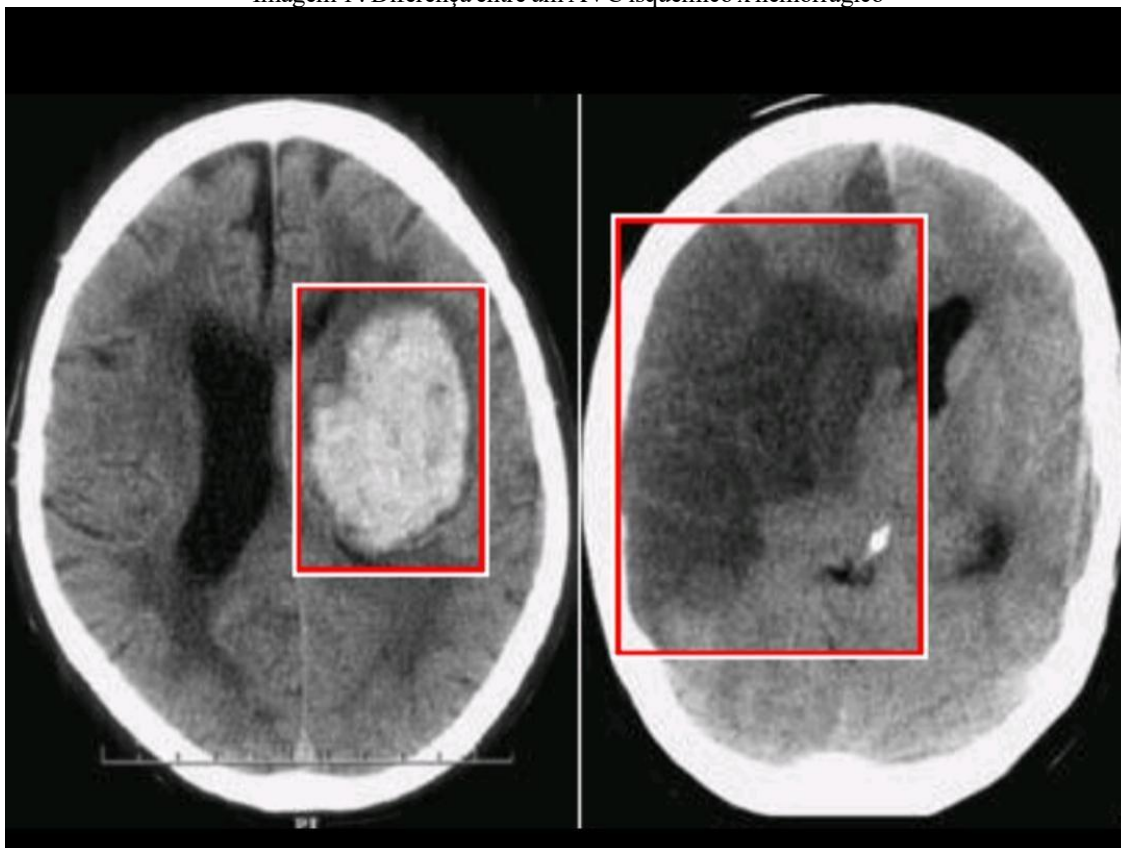
Característica	AVC isquêmico	AVC hemorrágico
Etiologia	Obstrução de um vaso sanguíneo (trombo/êmbolo)	Ruptura de um vaso sanguíneo
Mecanismo	Falta de fluxo sanguíneo (isquemia)	Hemorragia no tecido cerebral
Frequência	Mais comum	Menos comum
Tratamento	Trombolíticos para dissolver coágulos, trombectomia mecânica	Controle da pressão arterial ou intervenção cirúrgica

Fonte: autoria própria

O acidente vascular encefálico (AVE) apresenta duas classificações principais, o AVE isquêmico, o tipo mais comum, caracterizado pela obstrução de um vaso sanguíneo cerebral por um coágulo sanguíneo (trombo) ou um êmbolo (coágulo originário de outra parte do corpo). A interrupção do fluxo sanguíneo priva as células cerebrais de oxigênio e nutrientes, resultando em danos teciduais.

O AVE hemorrágico, ocorre devido à ruptura de um vaso sanguíneo no cérebro, causando sangramento no tecido cerebral. A compressão causada pelo sangue extravasado compromete a função das células cerebrais⁸.

Imagem 1 : Diferença entre um AVC isquêmico x hemorrágico



Fonte: autoria própria

A tomografia computadorizada (TC) de crânio é fundamental para diferenciar um acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico de um hemorrágico. A principal diferença visualizada na TC reside na presença ou ausência de sangramento. A TC de crânio é o exame de imagem mais utilizado para o diagnóstico inicial de AVC, principalmente o AVC isquêmico agudo. Ela permite identificar rapidamente a presença de hemorragia (AVC hemorrágico) ou áreas de redução da perfusão sanguínea (AVC isquêmico). A TC é rápida e amplamente disponível, sendo essencial para a tomada de decisão imediata sobre o tratamento. Imagens de TC podem mostrar a localização e extensão da lesão cerebral, auxiliando na avaliação da gravidade do AVC¹⁰.

4 AVC ISQUÊMICO NA TC

Em um AVC isquêmico, não há sangramento no cérebro. A TC inicialmente pode mostrar pouca ou nenhuma alteração, ou apenas um leve borramento na distinção entre a substância branca e cinzenta. Com o tempo, a área afetada pode apresentar redução da densidade, indicando necrose tecidual. A tomografia computadorizada é o método de imagem mais utilizado para a avaliação inicial do AVC isquêmico agudo, demonstrando sinais precoces de isquemia. A sensibilidade da TC para detectar AVC isquêmico é menor nas primeiras horas, sendo a ressonância magnética nuclear (RMN) frequentemente preferida para o diagnóstico precoce em alguns casos¹³.



4.1 AVC HEMORRÁGICO NA TC

Ao contrário do AVC isquêmico, o AVC hemorrágico é caracterizado por sangramento visível na TC devido à alta densidade do sangue em comparação ao tecido cerebral. A localização e a extensão do sangramento podem variar dependendo da causa e da gravidade do AVC. A TC sem contraste é altamente sensível para detectar hemorragias. A imagem mostrará uma área de alta densidade, representando o sangue extravasado, dentro ou ao redor do tecido cerebral¹⁴.

Embora ambos os tipos levem a danos cerebrais e possam causar sintomas semelhantes, suas causas e mecanismos são distintos, resultando em abordagens de tratamento diferentes. A rapidez do diagnóstico e do tratamento é crucial em ambos os casos para minimizar os danos e melhorar as chances de recuperação²⁰.

A fase aguda do AVE é crucial. O tempo é um fator determinante na redução do dano neurológico. A trombólise intravenosa, utilizando agentes como o ativador tecidual do plasminogênio (tPA), é a principal estratégia terapêutica para o AVE isquêmico, desde que administrada dentro da janela terapêutica recomendada. A trombectomia mecânica, por sua vez, representa um avanço significativo, permitindo a remoção do trombo que obstrui o vaso sanguíneo, ampliando as possibilidades de recuperação, mesmo em casos com janela terapêutica fechada. O diagnóstico preciso, por meio de exames de imagem como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM), é fundamental para a seleção da melhor estratégia terapêutica e para a diferenciação entre AVE isquêmico e hemorrágico. No caso de AVE hemorrágico, o foco se concentra no controle da pressão arterial e na prevenção de novas hemorragias¹⁹.

Após a fase aguda, a reabilitação assume papel central no processo de recuperação. Uma equipe multidisciplinar, composta por médicos neurologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais, trabalha em conjunto para restaurar as funções comprometidas e melhorar a qualidade de vida do paciente. A fisioterapia foca na recuperação da mobilidade e força muscular, enquanto a terapia ocupacional visa a reabilitação das atividades da vida diária. A fonoaudiologia auxilia na recuperação da fala e da deglutição, e o apoio psicológico é fundamental para lidar com as consequências emocionais e cognitivas do AVE¹⁷.

A prevenção secundária do AVE também é crucial. A identificação e o controle dos fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo e fibrilação atrial, são essenciais para reduzir a probabilidade de novos eventos. A adesão ao tratamento medicamentoso, a adoção de hábitos de vida saudáveis, como dieta equilibrada e prática regular de exercícios físicos, e o acompanhamento médico regular são medidas fundamentais para a prevenção⁹.

Os fatores de risco para AVC são divididos em modificáveis e não modificáveis. Compreender essa distinção é crucial para a prevenção, pois os fatores modificáveis podem ser controlados através de mudanças no estilo de vida e tratamento médico⁵.



Tabela 02: Fator de risco

Fatores de risco modificáveis	Fatores de risco não modificáveis
Hipertensão Arterial	Faixa etária
Tabagismo	Sexo masculino
Diabetes mellitus	Histórico familiar
Dislipidemia	Etnia

Fonte: autoria própria

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) requer atendimento médico imediato, pois a rapidez do tratamento impacta diretamente na recuperação do paciente. Reconhecer os sintomas precocemente é crucial⁹. Os sintomas podem variar em intensidade e apresentação, mas alguns são comuns, vide (Tabela 03).

Tabela 03: Quadro clínico

Fraqueza ou paralisia súbita	Fraqueza ou incapacidade de mover um lado do corpo (face, braço ou perna) é um dos sinais mais característicos. A pessoa pode sentir o lado do corpo “caído” ou “pesado”
Dificuldade para falar ou compreender a fala	Dificuldade em articular palavras, falar de forma arrastada ou incompreensível (disartria), ou ter dificuldade em entender o que os outros estão dizendo (afasia)
Confusão mental	Confusão, desorientação em relação ao tempo e lugar, ou alterações repentinas no estado de alerta
Alterações visuais	Visão turva, visão dupla (diplopia), perda súbita da visão em um ou ambos os olhos, ou visão de túnel
Tontura e perda de equilíbrio	A pessoa pode sentir tontura intensa, vertigem ou perder o equilíbrio de forma repentina

Fonte: autoria própria

A sigla SAMU (Sorria, Abra os braços, Mova a língua, Urgência) é utilizado na prática como um lembrete prático para identificar possíveis sintomas de AVC. A presença de qualquer um desses sintomas, especialmente se surgirem subitamente, exige atendimento médico imediato. Não hesite em procurar ajuda, pois o tempo é crucial no tratamento do AVC⁵.



Tabela 04: SIGLA SAMU

Sorria	Observe se o sorriso é torto ou desigual.
Abra os braços	Verifique se há fraqueza ou dificuldade em levantar um dos braços.
Mova a língua	Peça para a pessoa mostrar a língua. Se ela estiver torta ou desviada, pode indicar um problema.
Urgência	Se qualquer um desses sinais estiver presente, procure atendimento médico imediato. Acionar o SAMU (192) ou para os serviços de emergência locais

Fonte: autoria própria

4.2 DIAGNÓSTICO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

O diagnóstico de um AVC envolve uma combinação de avaliação clínica e exames de imagem, sendo crucial a rapidez para iniciar o tratamento adequado e minimizar danos cerebrais¹.

O exame clínico é o primeiro passo e crucial para o diagnóstico. O médico realiza uma anamnese completa, coletando informações sobre os sintomas, seu início e evolução, além do histórico médico do paciente, incluindo fatores de risco para AVC. O exame físico neurológico avalia o nível de consciência, força muscular, reflexos, coordenação motora e sensibilidade, buscando identificar déficits neurológicos que indicam a localização e extensão do dano cerebral. Escalas de avaliação neurológica, como a Escala de Cincinnati, podem auxiliar na avaliação inicial da gravidade do AVC⁴.

A TC de crânio é o exame de imagem mais utilizado para o diagnóstico inicial de AVC, principalmente o AVC isquêmico agudo. Ela permite identificar rapidamente a presença de hemorragia (AVC hemorrágico) ou áreas de redução da perfusão sanguínea (AVC isquêmico). A TC é rápida e amplamente disponível, sendo essencial para a tomada de decisão imediata sobre o tratamento. Imagens de TC podem mostrar a localização e extensão da lesão cerebral, auxiliando na avaliação da gravidade do AVC⁶.

A RM oferece imagens de maior resolução e detalhe do cérebro em comparação com a TC. Ela é particularmente útil na detecção de AVC isquêmicos em estágios iniciais, quando a TC pode não mostrar alterações significativas. A RM também pode ser utilizada para avaliar a extensão do dano cerebral e monitorar a recuperação após o tratamento. A angiografia por RM (ARM) pode mostrar os vasos sanguíneos cerebrais em detalhes, ajudando a identificar obstruções ou aneurismas⁸.

O tratamento de Acidente Vascular Cerebral (AVC) varia significativamente entre os tipos isquêmico e hemorrágico, sendo a rapidez na intervenção um fator crucial para a recuperação do paciente e a minimização de sequelas¹¹.



4.3 TRATAMENTO DO AVC ISQUÊMICO

O AVC isquêmico ocorre quando um vaso sanguíneo no cérebro é obstruído, frequentemente por um coágulo¹⁵. As principais opções de tratamento abrangem:

4.3.1 Trombólise

A trombólise é um tratamento que envolve a administração de medicamentos trombolíticos, como a alteplase, para dissolver o coágulo que está bloqueando a circulação sanguínea. Este procedimento é mais eficaz quando realizado dentro de um intervalo de 4,5 horas após o início dos sintomas. A trombólise pode restaurar o fluxo sanguíneo e minimizar o dano cerebral, sendo essencial que os profissionais de saúde reconheçam rapidamente os sinais de AVC e iniciem o tratamento o mais cedo possível⁶.

4.3.2 Trombectomia

Quando a trombólise não é viável ou o coágulo está localizado em um vaso de grande calibre, a trombectomia mecânica pode ser indicada. Este procedimento consiste na remoção física do coágulo através de um cateter inserido em um vaso sanguíneo, geralmente realizado em até 24 horas após o início dos sintomas. A trombectomia é especialmente indicada em casos de oclusão de grandes vasos e pode ser realizada em pacientes com contraindicações à trombólise⁸.

4.4 TRATAMENTO DO AVC HEMORRÁGICO

O AVC hemorrágico resulta do rompimento de um vaso sanguíneo, levando ao sangramento no cérebro. O tratamento de emergência foca em controlar a pressão arterial e, em alguns casos, pode requerer intervenção cirúrgica⁹.

4.4.1 Controle da Pressão Arterial

Um dos primeiros passos no manejo do AVC hemorrágico é o controle rigoroso da pressão arterial para evitar a expansão do hematoma. A pressão arterial deve ser mantida em níveis adequados, tipicamente em torno de 140 mmHg, especialmente nas primeiras horas após a admissão.

Medicamentos anti-hipertensivos são frequentemente utilizados para estabilizar a condição do paciente⁶.

4.4.2 Intervenção Cirúrgica

Em casos mais graves, onde há grande volume de sangramento ou compressão de estruturas cerebrais, pode ser necessária uma cirurgia para remover o hematoma ou reparar o vaso rompido. A cirurgia deve ser realizada o mais rápido possível para minimizar danos permanentes⁷.



4.5 IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO RÁPIDO

A rapidez no tratamento do AVC é fundamental. A cada minuto que se passa sem tratamento, milhões de células cerebrais podem morrer, resultando em sequelas mais severas e até mesmo na morte do paciente. O reconhecimento rápido dos sintomas e a ativação imediata dos serviços de emergência são cruciais para aumentar as chances de recuperação e reduzir complicações a longo prazo. A janela de tempo para intervenções como trombólise e trombectomia é limitada, e a eficácia do tratamento diminui significativamente à medida que o tempo avança⁸.

A recuperação após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) varia significativamente dependendo do tipo de AVC (isquêmico ou hemorrágico), da gravidade do evento e da resposta individual do paciente ao tratamento e à reabilitação. Não existe um padrão único de recuperação, e o progresso é individualizado¹¹.

Os fatores que influenciam a recuperação em ambos os tipos são a localização e extensão do dano cerebral, áreas cerebrais afetadas determinam os déficits neurológicos (motora, sensitiva, linguagem, cognição). O dano mais extenso implica recuperação mais desafiadora. A faixa etária e saúde pré-existente, ou seja pacientes mais jovens e com melhor saúde prévia tendem a ter melhor prognóstico. O tratamento e reabilitação, a intervenção rápida e reabilitação intensiva são cruciais para otimizar a recuperação¹⁴.

5 CONCLUSÃO

A partir das informações discutidas neste estudo, pode se considerar que o manejo eficaz do acidente vascular cerebral (AVC) requer uma abordagem multidisciplinar e oportuna, enfatizando a importância da rapidez na identificação dos sintomas e na intervenção médica. A distinção entre AVC isquêmico e hemorrágico é crucial para a escolha do tratamento adequado, sendo a trombólise e a trombectomia as principais intervenções para o AVC isquêmico, enquanto o controle da pressão arterial e a eventual cirurgia são fundamentais no AVC hemorrágico. A reabilitação neuropsicológica e fisioterápica desempenha um papel vital na recuperação e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, demonstrando que um tratamento abrangente, desde a fase aguda até a reabilitação, é essencial para minimizar as sequelas e otimizar os resultados a longo prazo. A pesquisa contínua em novas terapias e estratégias de reabilitação é fundamental para aprimorar ainda mais o manejo do AVC e melhorar o prognóstico dos pacientes.



REFERÊNCIAS

- Giles MF, Rothwel PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*. 2008;30(4):205-6.
- World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke [Internet]. Geneva: WHO; 2008.
- Cruz KC, Diogo MJ. Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):666-72.
- Scalzo PL, De Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas. Betim. *Ver Neuroci*. 2010;18(2):139-44.
- 2:139-144p. Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J*. 2006;47(3):2138.
- Grenthe Olsson B, Sunnerhagen KS. Functional and cognitive capacity and health-related quality of life 2 years after day hospital rehabilitation for stroke: a prospective study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2007;16(5):208-15.
- Aprile I, Di Stasio E, Romitelli F, Lancellotti S, Caliandro P, Tonali P, et al. Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke. *Brain Inj*. 2008;22(6):451-6.
- Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(1):19-23.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. [Brazilian- portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure]. *Ver Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50. Portuguese.
- Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*. 1999;30(7):1362-9.
- Erban P, Woertgen C, Luerding R, Bogdahn U, Schlachetzki F, Horn M. Long- term outcome after hemispherectomy for space occupying right hemispheric MCA infarction. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006;108(4):384-7.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
- Gorenstein C, Andrade LH. [Beck depression inventory: psychometric properties of the portuguese version]. *Ver Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 1998;25(5):245-50. Portuguese.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Na inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
- Gray LJ, Sprigg N, Bath PM, Boysen G, De Deyn PP, Leys D, et al. Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST). *Stroke*. 2007;38(11):2960-4.
- Nir Z, Greenberger C, Bachner YG. Profile, burden and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *J Neurosci Nurs*. 2009;41(2):92- 105.
- Lotufo PA, Goulart AC, Bensenor IM. Race, gender and stroke subtypes mortality in São Paulo, Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(3B):752-7.



Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A, et al. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis.* 1998;8(5):296-02.

Perlini NM, Mancussi e Faro AC. [Taking care of persons handicapped by cerebral vascular accident at home: the familial caregiver activity]. *Ver Esc Enferm USP.* 2005;39(2):154-63. Portuguese

Lima ML. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2010. 124p.

Madden S, Hopman WM, Bagg S, Verner J, O'Callaghan CJ. Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006;85(10):831-8.

Cordini KL, Oda EY, Furlanetto LM. Qualidade de vida de pacientes com história prévia de acidente vascular encefálico: observação de casos. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(4):312-7.

Lee AC, Tang SW, Tsoi TH, Fong DY, Yu GK. Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults. *J Adv Nurs.* 2008;65(3):554-64.

Costa F, Oliveira S, Magalhães P, Costa B, Papini R, Silveira M, et al. [The Pelotas adult population knowledge about stroke]. *J Bras Neurocirurg.* 2008;19(1):31-7. Portuguese.