ABORDAGEM PRÉ-HOSPITALAR DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: CRITÉRIOS DE RECONHECIMENTO E DECISÃO CLÍNICA NO SAMU

PREHOSPITAL APPROACH TO STROKE: RECOGNITION CRITERIA AND CLINICAL DECISION-MAKING WITHIN THE EMERGENCY MEDICAL SERVICES (SAMU)

https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-090

Renato Discacciati
Graduação em Medicina (UFPA); pós-graduando em Medicina Intensiva de Adultos
E-mail: rdiscacciatti@hotmail.com

Andrezza Paula Ferreira Fiuza
Médica pela Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora
E-mail: Dezza90@gmail.com

Laís Ferré de Moura Silva
Medicina pela Faculdade Santa Marcelina
E-mail: Laisferre150102@gmail.com

Thiago Rodrigues dos Santos
Médico pela UNIRV
E-mail: thiagocavalaria@gmail.com

Carolina Faria Leal Telino
Medicina pelo Centro Universitário UNIEURO
E-mail: telinocarolina@gmail.com

Marcos Paulo Parente Araújo
Médico pelo Centro Universitário São Lucas
E-mail: drmarcosparente@hotmail.com

Máira Santiago Pires Parente
Médica pelo Centro Universitário São Lucas
E-mail: maira_s_pires@hotmail.com

Rafaela Costa Frederico
Medicina pela Anhembi Morumbi Mooca
E-mail: rafaelacosta.fr@gmail.com

Lorenzo Meller Dumke
Medicina pela (UNISINOS)
E-mail: Lorenzodumke1337@gmail.com

Resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma emergência neurológica caracterizada pelo comprometimento súbito da circulação cerebral, podendo resultar em lesões neurológicas permanentes,

incapacidade funcional e óbito. A abordagem pré-hospitalar desempenha papel fundamental no prognóstico dos pacientes, uma vez que o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, a avaliação clínica sistematizada e a definição adequada do transporte podem reduzir o tempo até o tratamento definitivo. Nesse contexto, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) assume função estratégica na identificação dos casos suspeitos, na estabilização inicial e na articulação com os serviços hospitalares de referência. O presente artigo tem como objetivo analisar a abordagem pré-hospitalar do AVC, enfatizando os critérios clínicos de reconhecimento, a utilização de escalas neurológicas, a avaliação dos parâmetros fisiológicos e os critérios de decisão clínica empregados pelas equipes do SAMU. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada em protocolos do Ministério da Saúde, diretrizes clínicas e publicações científicas relacionadas ao atendimento pré-hospitalar. Evidencia-se que a identificação dos déficits neurológicos focais, a determinação do último momento em que o paciente foi visto sem alterações neurológicas, a verificação da glicemia capilar e a comunicação antecipada com a unidade hospitalar são medidas essenciais para otimizar a assistência. Conclui-se que a eficiência do atendimento pré-hospitalar depende da aplicação de protocolos padronizados, da capacitação das equipes e da integração entre os diferentes níveis da rede de atenção às urgências.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Atendimento Pré-Hospitalar; Decisão Clínica; Emergência Neurológica; Escala de Cincinnati; SAMU.

Abstract

A stroke (cerebrovascular accident, or CVA) is a neurological emergency characterized by the sudden impairment of cerebral circulation, which can lead to permanent neurological damage, functional disability, and death. The pre-hospital approach plays a crucial role in patient prognosis, as early recognition of signs and symptoms, systematic clinical assessment, and appropriate transport planning can reduce the time to definitive treatment. In this context, the Mobile Emergency Care Service (SAMU) serves a strategic function in identifying suspected cases, providing initial stabilization, and coordinating with designated hospital facilities. This article aims to analyze the pre-hospital management of stroke, emphasizing clinical recognition criteria, the use of neurological scales, the assessment of physiological parameters, and the clinical decision-making criteria employed by SAMU teams. This is a narrative literature review based on protocols from the Ministry of Health, clinical guidelines, and scientific publications related to pre-hospital care. It highlights that identifying focal neurological deficits, determining the "last known well" time (the last moment the patient was observed without neurological changes), checking capillary blood glucose, and providing advance notification to the receiving hospital are essential measures for optimizing care. It is

concluded that the efficiency of pre-hospital care depends on the application of standardized protocols, team training, and integration across the various levels of the emergency care network.

Keywords: Cincinnati Prehospital Stroke Scale; Clinical Decision-making; Neurological Emergency; Pre-hospital Care; SAMU; Stroke.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa uma das principais causas de mortalidade e incapacidade funcional no mundo, constituindo importante problema de saúde pública em razão de sua elevada morbimortalidade e das repercussões clínicas, sociais e econômicas associadas[1].

Caracteriza-se pelo comprometimento súbito da circulação sanguínea cerebral, podendo ocorrer por obstrução arterial, configurando o AVC isquêmico, ou por ruptura de um vaso sanguíneo, caracterizando o AVC hemorrágico. Ambas as apresentações podem provocar alterações neurológicas significativas, cuja gravidade depende da localização da lesão, da extensão do comprometimento vascular e do tempo decorrido até a instituição do tratamento[3].

A evolução clínica do AVC está diretamente relacionada à rapidez do reconhecimento e da intervenção terapêutica. No AVC isquêmico, a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral promove redução da oferta de oxigênio e glicose aos neurônios, desencadeando alterações metabólicas e lesão tecidual progressiva. Dessa forma, a identificação precoce dos sintomas e o encaminhamento oportuno para serviços especializados são fundamentais para preservar o tecido cerebral potencialmente recuperável[6].

Nesse cenário, o atendimento pré-hospitalar assume importância estratégica, especialmente por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsável pelo reconhecimento inicial da emergência, avaliação das condições clínicas, estabilização do paciente e transporte para unidade hospitalar adequada[7].

A atuação das equipes do SAMU exige capacidade de identificação dos principais sinais neurológicos, aplicação de instrumentos de avaliação padronizados e tomada de decisões fundamentadas em protocolos assistenciais. Além disso, a definição do tempo de início dos sintomas, a identificação de possíveis diagnósticos diferenciais e a comunicação com a Central de Regulação das Urgências são componentes essenciais da assistência[3].

O seguinte artigo objetivou analisar a abordagem pré-hospitalar do Acidente Vascular Cerebral, com ênfase nos critérios de reconhecimento clínico, na avaliação neurológica e nos processos de decisão clínica realizados pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva, fundamentada na análise de documentos técnicos, protocolos assistenciais e publicações científicas relacionadas à abordagem pré-hospitalar do Acidente Vascular Cerebral.

Foram considerados documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, especialmente os protocolos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral no Adulto e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do AVC Isquêmico Agudo.

Também foram consideradas recomendações de sociedades científicas internacionais e diretrizes relacionadas ao reconhecimento, à avaliação e ao manejo inicial do AVC. A análise foi organizada em eixos temáticos, contemplando reconhecimento clínico, avaliação neurológica, estabilização inicial, critérios de decisão e encaminhamento hospitalar. Por se tratar de revisão narrativa, não foram estabelecidos critérios de seleção próprios de uma revisão sistemática, nem realizada metanálise.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ASPECTOS GERAIS DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Acidente Vascular Cerebral corresponde a uma condição neurológica aguda decorrente de alterações na circulação sanguínea cerebral, ocasionando comprometimento da função neuronal. Do ponto de vista fisiopatológico, o AVC é classificado principalmente em duas categorias: isquêmico e hemorrágico[5].

3.1.1 AVC isquêmico

O AVC isquêmico ocorre em decorrência da obstrução de uma artéria cerebral, geralmente por fenômenos trombóticos ou embólicos, provocando redução ou interrupção do fluxo sanguíneo para determinada região encefálica[6].

A consequente diminuição da oferta de oxigênio e nutrientes compromete o metabolismo celular, podendo ocasionar morte neuronal. Uma característica importante dessa condição é a existência de uma região central de infarto, constituída por tecido cerebral irreversivelmente comprometido, circundada por uma área denominada penumbra isquêmica[5].

A penumbra corresponde ao tecido cerebral funcionalmente comprometido, mas potencialmente recuperável mediante restauração adequada da circulação sanguínea. Essa característica fundamenta a necessidade de reconhecimento e encaminhamento rápidos, uma vez que o atraso no tratamento pode favorecer a progressão da lesão isquêmica[3].

3.1.2 AVC hemorrágico

O AVC hemorrágico ocorre pela ruptura de um vaso sanguíneo intracraniano, provocando extravasamento de sangue para o tecido cerebral ou para os espaços meníngeos[4].

Pode ser classificado em hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnóidea.Suas manifestações podem incluir cefaleia súbita e intensa, náuseas, vômitos, alterações do nível de consciência, déficits neurológicos focais e crises convulsivas[6].

Entretanto, é importante destacar que as manifestações clínicas do AVC isquêmico e hemorrágico podem ser semelhantes. Consequentemente, a diferenciação definitiva entre essas apresentações depende de exames de neuroimagem, principalmente tomografia computadorizada de crânio[2].

3.2 RECONHECIMENTO CLÍNICO DO AVC NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O reconhecimento precoce do AVC constitui uma das principais responsabilidades das equipes de atendimento pré-hospitalar. A apresentação clínica geralmente ocorre de maneira súbita, caracterizada pelo aparecimento de alterações neurológicas focais, cuja identificação exige avaliação objetiva e sistematizada[7].

Entre os principais sinais e sintomas estão: assimetria facial, o desvio da comissura labial ou dificuldade para movimentar um dos lados da face, fraqueza muscular súbita**:** redução da força em um ou mais membros, frequentemente comprometendo um hemicorpo, Alterações da fala**:** dificuldade para articular palavras, compreender informações ou expressar-se verbalmente, alterações sensitivas, como a dormência, formigamento ou perda de sensibilidade em determinada região corporal, alterações visuais**:** perda súbita da visão, visão dupla ou comprometimento do campo visual, alterações da coordenação motora**:** dificuldade para realizar movimentos coordenados, alterações do equilíbrio e da marcha**:** instabilidade postural, vertigem e dificuldade súbita para caminhar, alterações do nível de consciência**,** cefaleia súbita e intensa: especialmente quando acompanhada de vômitos, alterações neurológicas ou comprometimento da consciência[6].

É importante ressaltar que a ausência de paralisia facial ou fraqueza nos membros não exclui a possibilidade de AVC. Algumas apresentações, especialmente aquelas relacionadas à circulação posterior, podem manifestar-se predominantemente por vertigem, diplopia, ataxia, alterações visuais e comprometimento da coordenação motora[3].

3.3 ESCALAS DE RECONHECIMENTO E AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

A utilização de escalas padronizadas permite uniformizar a avaliação clínica, facilitar a identificação de alterações neurológicas e orientar a tomada de decisão das equipes de emergência[1].

3.3.1 Escala Pré-Hospitalar de AVC de Cincinnati

A Escala de Cincinnati (Cincinnati Prehospital Stroke Scale – CPSS) é um dos instrumentos mais utilizados no reconhecimento pré-hospitalar do AVC.Sua aplicação baseia-se na avaliação de três parâmetros neurológicos[3].

3.3.2 Assimetria facial

Solicita-se ao paciente que sorria ou mostre os dentes.Considera-se alteração quando existe assimetria facial ou desvio da comissura labial[3].

3.3.3 Fraqueza nos membros superiores

Solicita-se ao paciente que mantenha os dois braços elevados, com as palmas das mãos voltadas para cima, durante aproximadamente dez segundos. Considera-se alteração quando um dos braços apresenta queda ou não consegue permanecer elevado[5].

3.3.4 Allteração da fala

Considera-se alteração quando apresenta dificuldade para articular palavras, utiliza expressões inadequadas ou não consegue compreender e executar a solicitação. A presença de alteração em pelo menos um dos três parâmetros é sugestiva de AVC e indica a necessidade de encaminhamento emergencial[4].

A escala apresenta vantagens importantes, como simplicidade, rapidez de aplicação e facilidade de reprodução pelas equipes do SAMU. Entretanto, não estabelece diagnóstico definitivo e pode não identificar determinadas apresentações clínicas, especialmente aquelas relacionadas à circulação posterior[4].

3.3.5 Avaliação da glicemia capilar

A verificação da glicemia capilar constitui uma das medidas fundamentais na avaliação do paciente com suspeita de AVC. A hipoglicemia pode provocar manifestações neurológicas semelhantes às observadas no AVC, incluindo confusão mental, alterações da fala, fraqueza muscular e comprometimento da consciência[5].

Nesse contexto, a mensuração da glicemia permite identificar uma condição potencialmente reversível que pode simular um evento cerebrovascular.Quando identificada hipoglicemia, deve ser realizada correção conforme o protocolo institucional, com posterior reavaliação neurológica[4].

A persistência dos déficits após a correção não deve ser interpretada como confirmação de AVC, mas reforça a necessidade de investigação hospitalar[2].

3.3.6 Avaliação dos parâmetros hemodinâmicos

A aferição da pressão arterial é indispensável na avaliação inicial do paciente com suspeita de AVC. Entretanto, a elevação dos níveis pressóricos é frequente durante a fase aguda e pode representar uma resposta fisiológica ao comprometimento da circulação cerebral[4].

Por essa razão, a redução indiscriminada da pressão arterial no atendimento pré-hospitalar não é recomendada. A administração de anti-hipertensivos deve ser reservada às situações específicas previstas nos protocolos assistenciais, considerando os níveis pressóricos, as condições clínicas associadas e a orientação médica[6].

A intervenção inadequada pode comprometer a perfusão cerebral e agravar a lesão isquêmica[5].

3.4 IDENTIFICAÇÃO DO TEMPO DE INÍCIO DOS SINTOMAS

A determinação do horário de início dos sintomas é fundamental na avaliação pré-hospitalar do acidente vascular cerebral (AVC), pois influencia a elegibilidade para terapias de reperfusão, especialmente a trombólise intravenosa e a trombectomia mecânica[5].

A equipe deve identificar e registrar o horário de início dos sintomas, o último momento em que o paciente foi observado sem alterações neurológicas, o horário de reconhecimento dos déficits e a evolução do quadro clínico, além de investigar episódios neurológicos semelhantes prévios[6].

Nos casos de pacientes que despertam com déficits neurológicos, deve-se registrar o último momento em que foram observados em seu estado neurológico habitual, geralmente antes de dormir. Essa informação é denominada Last Known Well (LKW)[4].

É essencial diferenciar o horário de identificação dos sintomas do último momento em que o paciente foi visto sem alterações neurológicas, uma vez que o momento do reconhecimento do déficit não corresponde necessariamente ao início do evento cerebrovascular[3].

Pacientes com tempo de evolução superior a 4 horas e 30 minutos não devem ser automaticamente excluídos da avaliação especializada, pois podem apresentar indicação de terapias de reperfusão em janelas terapêuticas ampliadas, conforme critérios clínicos e de neuroimagem estabelecidos no ambiente hospitalar[7].

3.5 CRITÉRIOS DE SUSPEITA CLÍNICA

A suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) deve ser considerada diante da instalação súbita de déficit neurológico focal, assimetria facial recente, fraqueza muscular ou alteração da sensibilidade em um ou mais membros, distúrbios da fala ou da compreensão, perda visual aguda, alterações do equilíbrio e da coordenação motora, cefaleia intensa associada a manifestações neurológicas ou rebaixamento agudo do nível de consciência sem causa inicialmente identificada. A presença de sinais e sintomas sugestivos deve

determinar a imediata ativação do protocolo assistencial para AVC, independentemente do preenchimento integral dos critérios da Escala de Cincinnati[2].

3.6 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Algumas condições clínicas podem apresentar manifestações semelhantes às do acidente vascular cerebral (AVC), sendo denominadas simuladores de AVC (stroke mimics). Entre as principais estão hipoglicemia, crises epilépticas, paralisia de Todd, enxaqueca com aura, distúrbios metabólicos, intoxicações medicamentosas, infecções do sistema nervoso central e síndromes vestibulares agudas. O reconhecimento dessas condições auxilia na avaliação diagnóstica e na estabilização inicial do paciente. Entretanto, a investigação dos diagnósticos diferenciais não deve retardar o encaminhamento e a abordagem dos pacientes com suspeita de AVC[5].

3.6.1 Identificação de pacientes com suspeita de oclusão de grandes vasos

A oclusão de grandes vasos cerebrais representa uma forma grave de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, podendo acometer artérias de grande calibre, como a artéria cerebral média, a artéria carótida interna e a artéria basilar. Essas obstruções podem ocasionar déficits neurológicos extensos, rebaixamento do nível de consciência e importante comprometimento funcional. No atendimento pré-hospitalar, a suspeita de oclusão de grandes vasos pode ser avaliada por escalas específicas, como a RACE (Rapid Arterial Occlusion Evaluation), conforme a disponibilidade e os protocolos regionais. Esses instrumentos auxiliam na identificação de pacientes com possível indicação de encaminhamento para centros especializados em trombectomia mecânica. Entretanto, seus resultados não confirmam a oclusão arterial, sendo necessária a realização de exames de neuroimagem para confirmação diagnóstica[5].

3.7 MANEJO TERAPÊUTICO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O manejo pré-hospitalar do acidente vascular cerebral (AVC) visa à manutenção das funções vitais, à prevenção de complicações secundárias e ao transporte rápido e seguro do paciente. As principais intervenções incluem a avaliação e a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, especialmente em pacientes com rebaixamento do nível de consciência; a administração de oxigênio na presença de hipoxemia, conforme os protocolos assistenciais; a identificação e a correção da hipoglicemia; o controle de alterações térmicas clinicamente relevantes; a monitorização cardíaca para identificação de possíveis arritmias; e a obtenção de acesso venoso periférico, quando indicado, sem retardar o transporte. Também devem ser adotadas medidas de prevenção da broncoaspiração, incluindo o posicionamento adequado do paciente e a suspensão da administração de alimentos, líquidos e medicamentos por via oral até a avaliação

da deglutição. O encaminhamento deve ocorrer de forma prioritária para unidade hospitalar adequada, conforme orientação da regulação médica[3].

Ressalta-se que a administração de trombolíticos não integra a rotina do atendimento pré-hospitalar convencional do SAMU, dependendo de avaliação especializada e da disponibilidade de serviços habilitados. Da mesma forma, antiagregantes plaquetários e anticoagulantes não devem ser administrados empiricamente antes da diferenciação entre AVC isquêmico e hemorrágico por meio de neuroimagem[7].

3.8 IMPORTÂNCIA DO TEMPO-RESPOSTA NO PROGNÓSTICO DO AVC

O tempo constitui um dos principais determinantes do prognóstico no acidente vascular cerebral (AVC). No AVC isquêmico, a persistência da oclusão arterial promove progressiva isquemia e lesão do tecido cerebral, reduzindo o potencial de recuperação funcional. Nesse contexto, o conceito Time is Brain enfatiza a importância do reconhecimento precoce e da rápida instituição do tratamento[2].

A trombólise intravenosa é indicada para pacientes elegíveis, geralmente até 4 horas e 30 minutos após o início dos sintomas, respeitados os critérios clínicos de inclusão e contraindicação. A trombectomia mecânica consiste na remoção endovascular do trombo em pacientes selecionados com oclusão de grandes vasos, podendo ser realizada em janelas terapêuticas de até 24 horas, conforme critérios clínicos e radiológicos[1].

Nesse cenário, a atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é fundamental para reduzir o tempo de resposta e os atrasos assistenciais, por meio do reconhecimento precoce do quadro, da priorização do atendimento, da avaliação neurológica sistematizada, da identificação do último momento em que o paciente foi visto sem déficits, da comunicação prévia com a unidade hospitalar e do encaminhamento direcionado aos serviços de referência[4].

A redução do intervalo entre o início dos sintomas e a instituição da terapia adequada amplia as possibilidades de tratamento e contribui para melhores desfechos clínicos e funcionais[6].

4 CONCLUSÃO

A abordagem pré-hospitalar do Acidente Vascular Cerebral constitui uma etapa determinante na assistência ao paciente, especialmente pela possibilidade de reconhecimento precoce da emergência e encaminhamento oportuno para tratamento especializado.

A utilização de escalas padronizadas, como a Escala de Cincinnati, associada à avaliação sistematizada das funções vitais, permite identificar manifestações neurológicas sugestivas de AVC e orientar as primeiras decisões clínicas.

A determinação do último momento em que o paciente foi visto sem alterações neurológicas, a mensuração da glicemia capilar, a monitorização dos parâmetros fisiológicos e a comunicação antecipada com a unidade hospitalar são medidas indispensáveis para otimizar o atendimento.

Entretanto, a tomada de decisão não deve se restringir à aplicação de escalas, sendo necessária a interpretação conjunta dos achados clínicos e das condições apresentadas pelo paciente.

Conclui-se que a efetividade da abordagem pré-hospitalar do AVC depende da integração entre reconhecimento clínico, avaliação neurológica, estabilização inicial, regulação médica e transporte adequado. Nesse contexto, o SAMU desempenha papel estratégico na redução dos atrasos assistenciais e na ampliação das possibilidades de tratamento, contribuindo para a redução da morbimortalidade e das incapacidades decorrentes do evento cerebrovascular.

REFERÊNCIAS

1. MONTEIRO, R. B. C.; LAURENTINO, G. E. C.; MELO, P. G.; CABRAL, D. L.; CORREIA, J. C. F.; SALMELA, L. F. T. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após acidente vascular encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2017-2027, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700017.

2. FERNANDES, M. B.; CABRAL, D. L.; SOUZA, R. J. P.; SEKITANI, H. Y.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; LAURENTINO, G. E. C. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 2, p. 333-341, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000200011.

3. LOCATELLI, M. C.; FURLANETO, A. F.; CATTANEO, T. N. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 3, p. 150-154, 2017.

4. MOREIRA, N. R. T. L.; ANDRADE, A. S.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; NASCIMENTO, J. A.; BRITO, G. E. G. Qualidade de vida em indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral. **Revista Neurociências**, v. 23, n. 4, p. 530-537, 2015. DOI: https://doi.org/10.4181/RNC.2015.23.04.1036.08p.

5. MENDY, V. L.; VARGAS, R.; PAYTON, M.; SIMS, J. N.; ZHANG, L. Trends in the stroke death rate among Mississippi adults, 2000-2016. **Preventing Chronic Disease**, v. 16, e21, 2019. DOI: https://doi.org/10.5888/pcd16.180425.

6. MOURÃO, A. M.; VICENTE, L. C. C.; CHAVES, T. S.; SANT'ANNA, R. V.; MEIRA, F. C.; XAVIER, R. M. B. et al. Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na linha de cuidados. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 53, n. 4, p. 12-16, 2017. DOI: https://doi.org/10.46979/rbn.v53i4.14634.

7. RIBEIRO, K. S. Q. S.; NEVES, R. F.; BRITO, G. E. G.; MORAIS, J. D.; LUCENA, E. M. F.; MEDEIROS, J. M. et al. Perfil de usuários acometidos por acidente vascular cerebral adscritos à estratégia saúde da família em uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, supl. 2, p. 35-44, 2012. DOI: https://doi.org/10.4034/RBCS.2012.16.s2.05.