

Autoria

Elaine Cristina da Silva¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7170-0096>

Leticia Cunha da Silva¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8568-6688>

Celso Vilella Matos¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8236-6385>

Instituição

¹Centro De Medicina De Reabilitação Lucy Montoro, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), Santos, Brasil.

Autor Correspondente

Elaine Cristina da Silva

e-mail: <c.pesquisa.lm@cejam.org.br>

Como citar este artigo

Silva EC, Silva LC, Matos CV. Acompanhamento Assistencial de Pacientes com Lesão Encefálica Adquirida Após Alta do Programa de Reabilitação Física. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2025;:e20250034. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e20250034>.

Submissão

19/02/2025

Aprovação

17/04/2025

Artigo Original

Acompanhamento Assistencial de Pacientes com Lesão Encefálica Adquirida Após Alta do Programa de Reabilitação Física

Assistive Follow-up of Patients with Stroke After Discharge From a Physical Rehabilitation Program

Resumo

Objetivo: Acompanhar o seguimento dos pacientes com AVC aos recursos assistenciais no município de origem, após alta do tratamento de reabilitação física. **Método:** Estudo observacional e retrospectivo, através de coleta de dados de prontuários eletrônicos e físicos dos participantes que frequentaram o CMRLMS e retornaram para acompanhamento pós alta do tratamento, no período de janeiro/2019 a dezembro/2021. Foram selecionados 89 prontuários de participantes com diagnóstico médico de AVC, que concluíram o programa de reabilitação e mantiveram acompanhamento após a alta. **Resultados:** 119 atendimentos de consultas de acompanhamento pós alta foram realizados com o serviço médico e social nesse período. A prevalência de encaminhamentos foi para serviço de fisioterapia, seguido do recurso de atividade física. O maior número de encaminhamentos foi referente ao retorno pós alta de 06 meses com diminuição progressiva de encaminhamentos aos recursos assistenciais nos demais meses. **Conclusão:** A maioria das pessoas atendidas, que retornaram aos acompanhamentos pós alta e que foram encaminhadas aos recursos assistenciais, enfrentaram alguma dificuldade no acesso às vagas nos primeiros seis meses pós reabilitação. Além disso, a atividade física possuiu maior índice de seguimento em relação aos recursos encaminhados.

Descritores: Lesões Encefálicas; Acidente Vascular Cerebral; Pessoa com Deficiência; Reabilitação.

Abstract

Objective: To monitor the follow-up of patients with stroke to care resources in the city of origin, after discharge from physical rehabilitation treatment. **Method:** It was an observational and retrospective study, based on data collection from electronic and physical medical records of participants who attended CMRLMS and returned for post-discharge follow-up from January 2019 to December 2021. A total of 89 medical records of participants diagnosed with stroke were selected, all of whom completed the rehabilitation program and continued follow-up after discharge. **Results:** A total of 119 follow-up consultations were conducted with the medical and social services during this period. The most prevalent referrals were for physical therapy services, followed by physical activity programs. The highest number of referrals occurred at the six-month post-discharge follow-up, with a progressive decline in referrals to assistive resources in the following months. **Conclusion:** The majority of individuals who returned for post-discharge follow-ups and were referred to assistive resources faced difficulties in accessing available slots within the first six months after rehabilitation. Additionally, physical activity had the highest follow-up rate among the referred resources.

Descriptors: Brain Injury; Stroke; Disabled Persons; Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

Estima-se que mais de um bilhão de pessoas convivam com alguma forma de deficiência, dentre as quais aproximadamente 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022)⁽¹⁾, identificou 17,2 milhões de pessoas com deficiência de dois anos ou mais de idade, ou seja, corresponde a 8,4% da população dessa faixa etária. Sendo o perfil feminino (9,9%) mais do que masculino (6,9%), e mais incidente em pessoas pretas ou pardas (8,7%) do que brancas (8,0%).

Constitucionalmente no país, o acesso integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade é um direito assegurado pelo artigo 18 do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015), assim como sua reabilitação. A lei prevê medidas efetivas e apropriadas para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida⁽²⁾.

Além disso, a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, tem como objetivo ampliar e qualificar os atendimentos às pessoas com deficiência, como também garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Os componentes do RCPC se organizam em 3 partes: Atenção Básica, como as Unidades Básicas de Saúde, abrangendo os serviços da Equipe Multiprofissional [antes denominada de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)] e da Atenção Odontológica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência⁽³⁾.

No âmbito da atenção especializada, Lesões Encefálicas Adquiridas (LEA), como o Acidente Vascular Cerebral (AVC)⁽⁴⁾, é uma condição de saúde prevalente nos centros de reabilitação física, que acarreta prejuízos na funcionalidade podendo gerar dependência funcional. Além disso, é considerada uma das principais causas de morte, incapacidade funcional e cognitiva no país, com índices alarmantes⁽⁵⁻⁷⁾.

O Ministério da Saúde (2013)⁽⁸⁾ pontua sobre a importância da reabilitação com uma equipe multiprofissional ser iniciada o mais rápido possível após a alta hospitalar, pois o tratamento médico imediato associado à reabilitação adequada, pode minimizar as incapacidades e reduzir as sequelas do AVC. Sabe-se que uma lesão encefálica, no caso o AVC, gera uma desorganização cortical, o que requer um programa de reabilitação física especializado e focado na oferta de estímulos necessários para o aprendizado motor. As limitações físicas da pessoa com esta condição de saúde incluem alterações de mobilidade e funcionalidade, com alterações sensoriomotoras⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro Santos (CMRLMS) tem como objetivo prestar o serviço de reabilitação às pessoas com deficiências físicas incapacitantes (motoras e sensorio-motoras), provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A unidade atende os usuários dos municípios do litoral sul de São Paulo, de Bertioga a Peruíbe, encaminhados, majoritariamente, pelos serviços de média complexidade via Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP). Os tratamentos no CMRLMS são realizados por equipe multidisciplinar, composta por profissionais especializados em

reabilitação, entre médicos fisiatras, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos e fonoaudiólogos.

Durante a reabilitação do usuário é importante que ele, a equipe multidisciplinar e os familiares participem ativamente desse processo a fim de que os objetivos sejam alcançados. A reabilitação física deve iniciar o mais rápido possível tendo em vista a prevenção e redução de agravos pela doença e consequentemente sua deficiência física⁽¹¹⁾.

Neste contexto, também deve-se assegurar a sua trajetória de seguimento e acessos aos serviços de referência e contrarreferência⁽¹²⁾. As medidas para uma LEA envolvem um cuidado contínuo que segue um processo desde prevenções primárias e secundárias à reabilitação, redução de fatores de risco, cuidados pós alta de unidade de reabilitação e apoio domiciliar. Destaca-se a importância destas medidas para um impacto positivo na maneira como esta condição de saúde é tratada refletindo no melhor acesso ao tratamento, mediante necessidades⁽¹²⁾.

As pessoas atendidas no CMRLMS são acompanhadas por um período que varia de acordo com o plano de tratamento individual. Após conclusão do programa de reabilitação e consequente alta do seu tratamento, a pessoa atendida continua recebendo acompanhamento pós alta. O acompanhamento pós alta é um atendimento realizado com serviço médico e social, a cada seis meses no período de dois anos, na instituição. O propósito deste acompanhamento é verificar o seguimento destes usuários aos recursos assistenciais, conforme demanda apresentada⁽⁴⁾.

Levando em consideração o cuidado pós alta da unidade de reabilitação, torna-se fundamental a garantia dessa articulação aos sistemas de contrarreferência, deste usuário. Dessa forma, o objetivo principal do estudo foi acompanhar o seguimento dos usuários com AVC, aos recursos assistenciais no município de origem, após a alta do tratamento de reabilitação física.

MÉTODO

Desenho e Cenário

A pesquisa se baseia num estudo observacional e retrospectivo, através de coleta de dados de prontuários eletrônicos e físicos dos participantes que frequentaram o CMRLMS e retornaram para acompanhamento pós alta do tratamento, no período de janeiro/2019 a Dezembro/2021. Para a garantia da qualidade e critérios, o estudo foi nortado pela ferramenta de qualidade *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE)⁽¹³⁾.

Protocolo de Pesquisa

Para o levantamento de dados, todos os prontuários das pessoas atendidas neste período foram selecionados e avaliados. Como critérios de inclusão, foram selecionados prontuários de participantes com diagnóstico médico de AVC, que concluíram o programa de reabilitação e que mantiveram acompanhamento em retorno de consultas médicas após a alta, no período do estudo. Prontuários com informações incompletas foram excluídos.

Durante a busca foram selecionados 89 prontuários. Como rotina da instituição, todos as pessoas atendidas no CMRLMS, após a conclusão do seu programa de reabilitação, se mantem em acompanhamento pós alta, por até dois anos. Durante esse período são agendadas consultas médicas, juntamente com o

serviço social, a cada seis, 12, 18 e 24 meses. Ressalta-se que um prontuário (usuário) pode ter retornado em mais de uma consulta de acompanhamento pós alta, neste período. Nestas consultas, são priorizados o levantamento de necessidades de encaminhamentos aos recursos assistenciais do município de origem, assim como a verificação deste seguimento.

Coleta de Dados

As informações coletadas nos prontuários, foram extraídas dos atendimentos com o serviço médico e social, que ocorreram nos seguintes períodos: seis, 12, 18 e 24 meses após a alta do tratamento de reabilitação física. Para cada período foram verificados três pontos:

1. Tipos de encaminhamentos aos recursos assistenciais prescritos pelo serviço médico, mediante demanda da pessoa atendida, como: fisioterapia, terapia ocupacional, nutricionista, fonoaudiologia, psicologia e atividade física;
2. Seguimento nos recursos acima prescritos no município de origem: se houve busca e manutenção do recurso assistencial;
3. Motivos do não seguimento.

Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada com base na distribuição da porcentagem das variáveis de interesse em relação ao total da amostra. Em seguida, os resultados foram organizados para descrever a frequência dessas variáveis entre os participantes.

Os dados foram apresentados em tabelas para facilitar a sua visualização e interpretação. Essa abordagem permitiu uma análise descritiva detalhada das variáveis estudadas, sem a necessidade de testes estatísticos inferenciais.

Aspectos Éticos e de Integridade

Neste estudo, os dados foram coletados e analisados de forma anonimizada, garantindo a proteção da identidade dos usuários e o sigilo das informações, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei nº 13.709/2018). Além disso, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer 4590805, que concedeu a dispensa formal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando que o estudo respeitava os princípios éticos fundamentais da pesquisa científica.

RESULTADOS

Cento e dezenove atendimentos de consultas de acompanhamento pós alta foram realizados com o serviço médico e social, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. Destes, 37 retornaram no período de seis meses; 38 em doze meses; 27 em dezoito meses e 17 em vinte e quatro meses, resultando em encaminhamentos a recursos assistenciais, durante os atendimentos.

Na tabela 1 encontra-se o total de encaminhamentos a recursos assistenciais durante o período de 24 meses, representados por cada momento de retorno aos atendimentos pós alta, o seguimento para esses recursos e seus possíveis motivos de não seguimento. A prevalência de encaminhamentos foi para o serviço de fisioterapia. Apenas 9,4% dos atendimentos realizados não utilizavam recursos dos municípios.

Na tabela 2 pode-se observar os tipos de encaminhamentos aos recursos assistenciais e seus seguimentos, ao longo de 24 meses. Na tabela 3 encontram-se o total de encaminhamentos por período. Há um maior número de encaminhamentos nos retornos pós alta de 6 meses. Houve diminuição progressiva de encaminhamentos aos recursos assistenciais, assim como melhoria do acesso às vagas disponíveis, ao longo do tempo (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A abordagem desta pesquisa teve como proposta o acompanhamento das pessoas atendidas com AVC, após seu período de alta (conclusão) do programa de reabilitação física no CMRLMS.

Esse programa de reabilitação contempla o acesso a uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de promover o máximo da funcionalidade e independência facilitando o acesso à sua participação social. Estudos demonstram que a reabilitação intensiva e contínua, envolvendo uma equipe multidisciplinar⁽¹⁰⁾, contribui significativamente para a recuperação funcional e reintegração social⁽¹¹⁾.

Desta forma, o acompanhamento pós-alta se torna fundamental para manutenção de ganhos obtidos favorecendo sua adaptação ao contexto de vida. Para isto, todas as pessoas atendidas no CMRLMS retornam ao serviço de reabilitação para acompanhamento em quatro oportunidades: seis, 12, 18 e 24 meses, após alta. E, mediante demandas, são encaminhadas para seguimento a recursos assistenciais, no seu município de origem.

Entretanto, cabe ressaltar que, ao se tratar de saúde pública, compreende-se uma elevada demanda de pessoas a esses serviços. Desta forma, nem sempre é possível a continuidade do tratamento de forma regular como esperado. Pois, filas de espera⁽¹⁴⁾, alta demanda, escassa mão de obra profissional, podem ser fatores impeditivos desta continuidade⁽¹⁵⁾.

No presente estudo, nota-se que as pessoas atendidas puderam ser encaminhadas a diferentes recursos assistenciais, como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia e atividade física. Dentre esses, observa-se que a maioria ainda necessitava predominantemente de seguimento com o serviço de fisioterapia.

Tal fato, pode ser explicado pelo motivo das demandas motoras serem predominantes nas sequelas de AVC, como por exemplo, ajustes de locomoção. Embora este seja um serviço de oferta mais ampla, em relação aos demais recursos, grande parte apresentou dificuldades em seguimento por falta de vaga nos municípios de origem, principalmente nos primeiros seis meses de acompanhamento.

Estudos sobre a distribuição espacial dos serviços de reabilitação em outras regiões indicam que a localização dos serviços pode influenciar o acesso dos usuários⁽¹⁶⁾, especialmente em áreas urbanas extensas⁽¹⁷⁾.

O mesmo autor⁽¹⁷⁾ destaca como pontos relevantes, o acesso aos serviços de saúde e oferta restrita de serviços de reabilitação para atender a alta demanda em questão. Apesar de no presente estudo, parte dos motivos de não seguimento ter sido por falta de vaga, esta situação relacionada à localização dos serviços, não deve ser descartada. Embora não haja dados específicos sobre a distribuição dos serviços na Baixada Santista, é plausível que fatores semelhantes afetem o acesso na região.

Tabela 1 – Acompanhamento dos atendimentos pós alta do tratamento de reabilitação física de pessoas com AVC, no período de 24 meses e seus respectivos encaminhamentos aos recursos assistenciais, Santos, Brasil, 2025.

Tipos de encaminhamentos e número total de atendimentos pós alta	Total de encaminhamentos para recursos assistenciais (N)	Seguimento		Motivos do não seguimento		Não usam o serviço do município
		S	Na	Falta de vaga	Não buscaram o recurso	
37 atendimentos	06 meses (n=34)					
Fisioterapia	44,1% (n=15)	40% (n=06)	53,3% (n=08)	87,5% (n=07)	12,5% (n=01)	6,7% (n=01)
Terapia Ocupacional	8,8% (n=3)	0% (n=0)	100% (n=3)	100% (n=3)	0 % (0)	0
Fonoaudiologia	5,9% (n=2)	50% (n=1)	50% (n=1)	100% (n=1)	0	0
Atividade física	29,4% (n=10)	50% (n=05)	40% (n=04)	75% (n=03)	25% (n=01)	10% (n=01)
Psicoterapia	11,8% (n=4)	25% (n=1)	25% (n=1)	100% (n=1)	0% (n=0)	50% (n=02)
Total período	91,9%	13	17	15	2	04
38 atendimentos	12 meses (n=22)					
Fisioterapia	59,1% (n=13)	69,2% (n=09)	23,1% (n=03)	66,7% (n=02)	33,3% (n=01)	7,7% (n=1)
Terapia Ocupacional	22,7% (n=5)	40% (n=2)	20% (n=1)	100% (n=1)	0% (n=0)	40% (n=2)
Atividade física	13,7% (n=03)	66,7% (n=02)	33,3% (n=01)	100% (n=01)	0% (n=0)	0
Psicoterapia	4,6% (n=01)	0% (n=0)	25% (n=1)	100% (n=0)	100% (n=1)	0% (n=0)
Total período	57,9%	13	06	04	02	03
27 atendimentos	18 meses (n=18)					
Fisioterapia	55,6% (n=10)	50% (n=05)	40% (n=04)	100% (n=04)	0% (n=0)	10% (n=1)
Terapia Ocupacional	5,6% (n=01)	100% (n=01)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0
Atividade física	22,2% (n=04)	50% (n=02)	50% (n=02)	0% (n=0)	100% (n=02)	0
Psicoterapia	16,7% (n=03)	100% (n=03)	% (n=0)	% (n=0)	% (n=0)	0
Total período	66,7% (n=18)	11	6	4	2	1
17 atendimentos	24 meses (n=11)					
Fisioterapia	18,2% (n=02)	50% (n=01)	50% (n=01)	100% (n=1)	0	0
Atividade física	81,8% (n=09)	100% (n=09)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0
Total período	64,7%	10	01	01	0	0
Total geral 119 atendimentos	0 a 24 meses 71,4% (n=85)	55,3% n=47	35,3% n=30	83,3% n=24	20% n=6	9,4% n=8

Legenda: S (Sim); Na (Não)

Tabela 2 – Tipos de encaminhamentos realizados nos acompanhamentos pós alta, aos recursos assistenciais nos municípios e sua adesão (% de seguimento), Santos, Brasil, 2025.

Encaminhamentos para recursos assistenciais	(N)	% de Seguimento (N)		Não usam o serviço
		Sim	Não	
Fisioterapia	40 (47%)	21 (52,5%)	16 (40%)	3 (7,5%)
Terapia Ocupacional	9 (10,6%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)
Fonoaudiologia	2 (2,4%)	1 (50%)	1 (50%)	0
Psicoterapia	8 (9,4%)	04 (50%)	02 (25%)	2 (25%)
Atividade física	26 (30,6%)	18 (69,2%)	7 (26,9%)	1 (3,8%)
Total	85	47 (55,3%)	30 (35,3%)	8 (9,4%)

Tabela 3 – Total de encaminhamentos por período, Santos, Brasil, 2025.

Acompanhamento pós alta	Total de atendimento pós alta (N)	Total de encaminhamentos para recursos assistenciais
6 meses	37 atendimentos	91,9% (n=34)
12 meses	38 atendimentos	57,9% (n=22)
18 meses	27 atendimentos	66,7% (n=18)
24 meses	17 atendimentos	64,7% (n=11)
Total	119 atendimentos	85

Tabela 4 – Seguimento aos recursos encaminhados ao município por período (pós alta), Santos, Brasil, 2025.

Acompanhamento pós alta (meses)	Total encaminhado (n)	Sim	Não	Não usa serviço do município
6	34	38,2% (n=13)	50% (n=17)	11,8% (n=04)
12	22	59% (n=13)	27,3% (n=06)	(13,6%) (n=03)
18	18	61,1% (n=11)	33,3% (n=06)	5,6% (n=01)
24	11	90,9% (n=10)	9,1% (n=01)	0

Souza et al⁽¹⁸⁾, destacam que a baixa disponibilidade de vagas para reabilitação física no Sistema Único de Saúde (SUS) reflete uma limitação estrutural que compromete o princípio da integralidade do cuidado. A oferta de serviços de saúde, como reabilitação especializada ocupa espaço mundial, como fator a ser ressaltado e melhor investigado.

Bright et al⁽¹⁹⁾, em sua revisão sistemática, avaliaram o acesso a serviços de reabilitação para pessoas com deficiência em países de baixa e média renda. Os autores sugeriram que o acesso à reabilitação é geralmente limitado para pessoas com deficiência nesses países. Entretanto, cabe ressaltar que, em nosso estudo, a maior defasagem de vagas se deu nos primeiros seis meses após a alta. À medida que o tempo avançou, menor foi a necessidade de encaminhamentos, assim como menor a dificuldade de acesso a vagas. Nota-se que ao término do período de acompanhamento de 24 meses, a maioria dos encaminhamentos aos recursos assistenciais foi atendido. Pode-se sugerir que o processo de demora possuiu tempo limitado, o que nos traduz a realidade atual da demora para início dos atendimentos devido filas de esperas^(14,18).

Outro ponto que se destaca é a adesão à atividade física. Embora não tenha sido questionado o tipo de atividade, a maioria destes puderam dar seguimento a esse encaminhamento. Compreende-se uma inversão proporcional de demandas à pessoa com AVC ao longo do tempo.

Inicialmente a demanda maior era para acompanhamento de fisioterapia. Ao longo do tempo, entende-se que estas são sanadas com uma recuperação e estabilidade funcional. A partir deste momento, é importante destacar o papel da atividade física nestes usuários. Uma vez reabilitada, seu papel social predomina para que a atividade física seja preponderante. Portanto, cabe a nós profissionais da saúde ressaltar que atividade física deve ser incluída às pessoas com deficiência. E assim, estimular mais locais regionais para recebê-los de forma adaptada.

Paralelo a isso, nota-se que uma parcela mínima de pessoas não utilizava serviço do SUS, ao longo dos 24 meses. Por este motivo e por não ser o objetivo principal do estudo, estes foram apenas sinalizados para conhecimento e não acompanhamento.

Embora a presente pesquisa destaque pontos importantes para se considerar durante esta rotina institucional, cabe pontuar algumas limitações do estudo. Uma delas foi o não acompanhamento do mesmo usuário em todos os retornos pós alta, em que compareceu.

O entendimento destes motivos daria uma dimensão maior do percurso pós alta e possível discriminação e compreensão por região. Entretanto, a proposta não era acompanhar a trajetória do mesmo usuário. E sim, compreender o seguimento dos encaminhamentos propostos em cada consulta pós alta, durante os períodos abordados.

Além disso, tendo em vista a falta de vagas aos recursos assistenciais, nos primeiros meses pós alta, não foi levantado

o período de espera destas pessoas até que conseguissem o acesso. E por último, não foi possível abranger o tipo de atividade física adquirida pelos participantes, a fim de compreender quais apresentariam melhor adaptação para plausíveis encaminhamentos específicos. Esses aspectos nos traduzem a importância da continuidade deste acompanhamento para mapearmos possíveis barreiras, a fim de reduzi-las dentro das possibilidades institucionais.

CONCLUSÃO

A maioria das pessoas atendidas, que retornam aos acompanhamentos pós alta e que são encaminhadas aos recursos assistenciais, enfrentam alguma dificuldade de vaga nos primeiros seis meses, pós reabilitação.

Além disso, a atividade física se torna preponderante à medida que o tempo de lesão aumenta.

Sugere-se novos estudos a fim de investigar e categorizar possíveis barreiras e facilitadores nesse processo de pós alta das pessoas que frequentam um centro de reabilitação física.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pessoas com deficiência e as desigualdades sociais no Brasil [Internet]. Informativo, n. 47. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado em 17 nov. 2024]. ISBN: 9788524045424. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101964>.
2. Brasil. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência [Internet]. 3ª ed. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2019 [citado em 21 nov. 2024]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/554329/estatuto_da_pessoa_com_deficiencia_3ed.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 21 nov. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
4. Dee M, Lennon O, O'Sullivan C. A systematic review of physical rehabilitation interventions for stroke in low and lower-middle income countries. *Disabil. Rehabil.* 2020;42(4):473-501. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1501617>.
5. BD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet neurol.* 2021;20(10):795-820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0).
6. Bichuette LD, Lottenberg MP, Cardozo FAM, Calderaro D. Atherosclerosis risk factor management - what's new for the

- neurologist? Arq. neuropsiquiatr. 2022;80(5 Suppl 1):88-93. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2022-S102>.
7. Mamed SN, Ramos AMO, Araújo VEM, Jesus WS, Ishitani LH, França EB. Profile of deaths from unspecified stroke after investigation of garbage codes in 60 cities in Brazil, 2017. Rev. bras. epidemiol. 2019; 28(Suppl 3). <https://doi.org/10.1590/1980-549720190013.supl.3>.
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 18 fev. 2025]. 69 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf.
9. Terry GT, Rogers A, Morrison SC, Cramp M, Paton J, Freeman J, Marsden J. The prevalence, distribution, and functional importance of lower limb somatosensory impairments in chronic stroke survivors: a cross sectional observational study. Disabil. rehabil. 2019;41(20):2443-2450. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1468932>.
10. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane database syst. rev. 2013;11;2013(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197>.
11. Turner-Stokes L. Evidence for the effectiveness of multi-disciplinary rehabilitation following acquired brain injury: a synthesis of two systematic approaches. J. rehabil. med. 2008;40(9):691-701. <https://doi.org/10.2340/16501977-0265>.
12. Gomes MJAR. Vidas após um acidente vascular cerebral: efeitos individuais, familiares e sociais [tese na Internet]. [local desconhecido]: Universidade do Minho; 2012 [citado em 5 ago. 2024]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/21005>.
13. Vandembroucke JP, Von EE, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ. et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. Gac. sanit [Internet]. 2009 Abr [citado 2025 Feb 07] ; 23(2): 158e1-158e28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000200015&lng=es.
14. Pereira AG, Gomes AM, Merey LSF, Carli AD, Santos MLM. Scheduling, waiting time, absenteeism and repressed demand in outpatient physical therapy care. Fisioter. mov.2022; 25: e35113.0. <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35113>.
15. Matsumura ESS, Sousa AS, Guedes JA, Teixeira RC, Kietzer KS, Castro LSF. Geographical distribution of physiotherapists in Brazil. Fisioter. Pesqui. (Online).2018;25(3):309-314. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17027025032018>.
16. Cacho RO, Moro CHC, Bazan R, Guarda SNF, Pinto EB, Andrade SMMS. Access to rehabilitation after stroke in Brazil (AReA study): multicenter study protocol. Arq. neuro-psiquiatr. 2022;80(10):1067-1074. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1758558>.
17. Pereira AG, Ferreira AF, Merey LSF, Carli AD, Gomes AM, Santos MLM. Assistance Gaps in Physical Rehabilitation: Spatial Analysis of Physical Therapy Services and Users' Households in a Brazilian Capital. Rev. bras. epidemiol. (Online). 2022;25:E220011. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220011.2>.
18. Sousa KM, Oliveira WIF, Alves EA, Gama ZAS. Factors associated with access to physical rehabilitation for victims of traffic accidents. Rev. saúde pública (Online). 2017;51:54. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006429>.
19. Bright T, Wallace S, Kuper H. A Systematic Review of Access to Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries. Int. j. environ. res. public health (Online). 2018;2;15(10):2165. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102165>.