

O SIGNIFICADO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: A VIDA CONTINUA

THE MEANING OF STROKE: LIFE GOES ON

Rúbia Hiromi Guibo Guarizi

Mestre. Departamento de Fisioterapia da
Universidade de Taubaté

Ana Carolina Basso Schmitt

Doutora. Departamento de Fisioterapia,
Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da
Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo

Contato

Ana Carolina Basso Schmitt
Rua Cipotânea, nº 51 - Cidade Universitária
Universidade de São Paulo – USP
Faculdade de Medicina – Departamento de Fisio-
terapia, Fonoaudiologia e Terapia
Ocupacional, São Paulo/SP
CEP: 05360-000
E-mail: carolinaschmitt@usp

Agradecimento: ao Programa de Bolsa de Iniciação Científica da Universidade de Taubaté

RESUMO

O acidente vascular encefálico está entre as principais causas de mortalidade e incapacidades, gerando mudanças no padrão de vida. Assim, a análise autoperceptiva sobre a saúde é importante para aprimorar ações e cuidados dos profissionais. O objetivo foi conhecer o significado das sequelas do acidente vascular encefálico para pessoas acometidas. Por metodologia qualiquantitativa, foi avaliada a representatividade social em 27 pessoas acompanhadas pela Saúde da Família de uma cidade do interior paulista, Brasil, que tiveram a doença. A organização e análise dos dados dos discursos foram de acordo com o recurso metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, a partir das expressões-chave, ideias cen-

trais e ancoragens com o *software* QualiQuantiSoft. As ideias mais prevalentes foram: dificuldades com as sequelas físicas, emocionais e sociais, além da dependência de cuidados para as tarefas diárias. Para os homens, houve transformação de vida por não poderem mais trabalhar, fazendo-os “o novo dono de casa”; para elas, por não serem mais capazes de cuidar dos serviços domésticos. Entretanto, as pessoas avaliadas são otimistas com o futuro. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde, especialmente ao fisioterapeuta, que considerem os significados além da clínica para as pessoas que tiveram o acidente vascular encefálico no seu trabalho de cuidado.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico; Pesquisa Qualitativa; Perfil de impacto da doença; Atividades Cotidianas; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Stroke is among the main causes of mortality and disabilities, causing changes in the standard of living. Thus, the self-perceptive analysis about health is important to improve actions and care professionals. The purpose was to understand the meaning of the sequelae of stroke for the people affected. Using quali-quantitative methodology, the social representation was evaluated in 27 people accompanied by Family Health in a city in the countryside of São Paulo, Brazil, which had the disease. The organization and analysis of the speeches were in accordance with the methodological resource of Discourse of the Collective Subject, using key phrases, central ideas

and anchors with the Qualiquantisoft software. The most prevalent ideas were difficulties with physical, emotional and social sequels and dependency of care for everyday tasks. For men, there was a life change because they could no longer work, making them become “househusbands”; for women because they were not able to take care of the household chores. However, the people evaluated are optimistic about the future. Thus, it is necessary that health professionals, specially physical therapists, consider these meanings to people who had stroke in their care work.

Keywords: Stroke; Qualitative Research; Sickness Impact Profile; Activities of Daily Living; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) faz parte de um grupo de afecções caracterizadas por perda súbita, não convulsiva, da função neurológica, devido à isquemia encefálica ou hemorragias intracranianas¹. Enquadra-se como a principal causa de morte e de incapacidade. Tem como consequências *deficit* neurológicos, motores e sensitivos importantes para as pessoas acometidas, o que pode refletir diretamente sobre sua qualidade de vida, tanto no âmbito pessoal quanto no social. Dessa forma, essas pessoas sofrem mudanças drásticas, que as tornam, na maioria das vezes, dependentes de cuidados e auxílios para as suas tarefas diárias, acarretando problemas psicoemocionais e socioeconômicos².

Além das sequelas físicas, psíquicas e sociais, comumente encontradas, acarretadas pelo evento do AVE, geram fortes mudanças no padrão de vida. Para tanto, torna-se importante a realização de uma análise autoperceptiva do indivíduo sobre sua saúde em tais âmbitos, possibilitando que os fatores que alteram o padrão de vida sejam identificados³.

Nesse aspecto, a pesquisa qualitativa pode contribuir para compreensão do significado a respeito das perdas e *deficit* do AVE. Segundo Minayo⁴, a pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Dessa forma, saber quem são e o que essas pessoas que tiveram o AVE pensam sobre as mudanças sofridas é imprescindível para estreitar o relacionamento e aprimorar ações e cuidados contínuos dos profissionais de saúde para “falarem” e “atuarem” em campos sociais mais próximos⁵. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever o significado das sequelas para os homens e mulheres que vivem e convivem com as consequências do AVE.

MÉTODOS

Para conhecer a representação social das consequências do AVE, empregou-se a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por meio de pensamentos e opiniões das pessoas que sofreram o AVE^{6,7}. O método permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos e às relações sociais.

O trabalho foi realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Taubaté, interior de São Paulo (SP), Brasil. A cidade contava, em 2009, com 12 Equipes de Saúde da Família que cobriam 7.319 pessoas: 6 na área rural e 6 na urbana⁸. Este trabalho abrangeu as essas unidades urbanas.

Após a aprovação do Departamento de Saúde de Taubaté-SP e do Comitê de Ética da Universidade de Taubaté, protocolo 453/06,) foram identificadas todas as pessoas com registros referidos de AVE, pertencentes à ESF. Dos usuários que aceitaram participar, foram selecionados os autônomos para responderem às perguntas, constituindo a amostra deste estudo. Para tanto, o critério de identificação de cognição foi ter escore mínimo em pelo menos um dos três testes: i) Miniexame do Estado Mental, Teste de Fluência Verbal categoria animal e Teste de Memória de Figuras^{9,10,11}.

Das pessoas aptas, foram questionados dados pessoais, condições de vida, aspectos da doença e questões semiestruturadas. Para caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários que tiveram AVE, seguiu-se a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios¹².

Com relação aos aspectos da doença, foram considerados tipo, tempos de lesão autorreferidos e lado corporal acometido. O cuidador foi definido como diretamente responsável pelos cuidados da pessoa, normalmente os familiares ou, ainda, uma pessoa contratada para a função¹³.

Para reconstruir as representações sociais, constituindo a vivência das relações objetivas dos atores sociais, a elaboração das perguntas para as entrevistas semiestruturadas seguiu os pontos relevantes apontados por Lefèvre e Lefèvre¹⁴. As perguntas foram: “Depois que o(a) senhor(a) teve o derrame, como ficou a sua vida?”; “As pessoas passaram a tratar o(a) senhor(a) de maneira diferente depois do derrame? Fale um pouco sobre isso”; “Daqui pra frente, como o(a) senhor acha que vai ficar a sua vida?”.

Para descrição do perfil dos participantes, foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e porcentagem para as categóricas. A organização e análise dos dados obtidos dos discursos individuais foram realizadas de acordo com o recurso metodológico do DSC7. A partir dos discursos, retiraram-se as expressões-chave, as ideias centrais e as ancoragens para construção do DSC para os homens e mulheres que tiveram o AVE pelo *software* QualiQuantiSoft¹⁴.

RESULTADOS

Baseado no cadastro das seis Equipes de Saúde da Família (área urbana) da cidade de Taubaté, 89 pessoas tinham informação de diagnóstico de AVE. Destes, 45 não participaram, seja por equívoco de diagnóstico referido (13), morte (2), internação (4), mudança de endereço (21) ou afasia (5). Foram avaliados, portanto, 44 indivíduos; destes, 27 pesso-

as (61,3%) tiveram capacidade cognitiva necessária para responder às questões abertas com escore mínimo em pelo menos um dos testes realizados.

Perfil da população estudada

A média de idade foi de 66,1 anos (desvio padrão 11,7), 59,1% eram homens, 45,4% se consideraram pardos e 38,6% brancos. Todos referiram ter religião: 70,4% católicos e 15,9% evangélicos. Sobre o estado marital, 84,1% tiveram pelo menos uma união; 52,3% deles continuaram casados e 25,0% eram viúvos. Quanto à ocupação, 88,6% das pessoas não trabalhavam, entretanto 75,0% tinham remuneração de no máximo um salário mínimo. Apesar de 77,3% deles terem relatado que frequentaram a escola, apenas 43,2% eram alfabetos funcionais, e 82,8% estudaram em escola pública. Sobre o AVE, 88,6% não sabiam o tipo de lesão que ocorreu, e a maioria teve um comprometimento do lado esquerdo do corpo (63,4%). Daqueles que tinham cuidador (56,8%), 32,0% eram parentes próximos, 28,0% o cônjuge e 24,0% o(a) filho(a).

Os Discursos do Sujeito Coletivo

A Tabela 1 expõe a distribuição das pessoas entrevistadas, segundo as ideias centrais de cada pergunta semiestruturada. Independentemente das perguntas feitas, a ideia central que se repetiu preponderante foi “a dificuldade com as sequelas decorrentes do AVE”.

TABELA 1. Distribuição das pessoas entrevistadas, segundo as ideias centrais das três perguntas realizadas. Taubaté, 2009.

Pergunta	Ideias centrais	n (%)
1. “Depois que o(a) senhor(a) teve o derrame, como ficou a sua vida?”	Ficou com sequelas físicas, emocionais e sociais.	25 (92,6)
	Ficou ruim, piorou, mais difícil.	16 (59,3)
	Ficou bem, normal ou boa.	7 (25,9)
	Ficou dependente.	4 (14,8)
	As pessoas não respeitam.	2 (7,4)
2. “As pessoas passaram a tratar o(a) senhor(a) de maneira diferente depois do derrame? Fale um pouco sobre isso.”	Não, continua igual.	19 (70,4)
	Sim, melhor.	7 (25,9)
	Sim, pior.	7 (25,9)
	Como deficiente e sequelado.	7 (25,9)
	Dependente.	2 (7,4)
	Não dão confiança.	1 (3,7)
	Seria pior se não estivesse trabalhando.	1 (3,7)
3. “Daqui pra frente como, o(a) senhor(a) acha que vai ficar a sua vida?”	Espera que fique boa.	19 (70,4)
	Não sabe.	11 (40,7)
	Com sequelas físicas, emocionais e sociais.	11 (40,7)
	Acha que a morte está perto.	5 (18,5)
	Só Deus pode saber.	3 (11,1)
	Derrame e outros problemas.	2 (7,4)
	Dependente.	2 (7,4)
	Precisaria de fisioterapia.	1 (3,7)
	Ruim.	1 (3,7)
	Fugiria da doença se pudesse adivinhar.	1 (3,7)

* uma pessoa pode apresentar mais que uma ideia central.

Na questão sobre como ficou a vida após o AVE, todas as ideias centrais foram negativas, apenas para 7 pessoas (25,9%) a vida ficou “bem, normal ou boa”. A ideia prevalente (92,6%) foi “com sequelas físicas, emocionais e sociais”. Para esta, os homens disseram

“ *Sinto a mão meio esquisito né... Começou a bambear minha perna, se eu fico em pé dá tontura, daí caio. Digo que minha vida ficou outra porque agora sou um homem que vivo só dentro de casa enquanto minha mulher trabalha. Antes falava: vou fazer isso e fazia, hoje tenho medo. Não tenho força, quero fazer uma coisa não posso, dispara o nervo né?... eu jogava bola, dirigia caminhão, passava a noite na estrada, rebocando carro, agora só tô em casa...”*

Em relação à mesma questão e ideia, as mulheres disseram:

“ *Ah! Daí comecei a andar mancando mesmo. Pra tomar banho, tinha que segurar, usar cadeira. Pra vestir tem que ter paciência, eu não consigo colocar direito. Pra comer, eu fiquei com problema na garganta, engasgo até com água. A gente fica depressiva, não posso fazer nada, eu sou uma pessoa que toda a vida fui responsável pela casa. Nem dançar não posso mais.”*

Na questão referente ao olhar/tratamento diferente de outras pessoas depois do AVE, a ideia central “Não, continua igual” foi a mais prevalente (19 pessoas), no entanto, outras tiveram a mesma prevalência (7 pessoas) de importante destaque, entre elas: “como deficiente e sequelado”.

O DSC da ideia central “como deficiente e sequelado” dos homens foi:

“ *A gente fica meio esquisito, a gente tem que cuidar da pressão, às vezes até pra calçar essa sandália aqui eu erro... que é coisa fácil né, o pé, a perna não ajuda, é lerda né, não tem força, que nem o braço e a mão... de repente não podia mais trabalhar. Tava fraco, não podia fazer nada, eu mesmo me afastei... quem quiser falar que eu sou vagabundo, não importa.”*

O DSC das mulheres da mesma ideia central foi:

“ *Eu fui jogada pras traças, pior que isso, muito sofrido. Parece que a gente não vai fazer mais nada. O marido quer até catar outra porque acha que você já não presta mais... Tem ainda meu filho, ele sabe que eu tenho esse problema, mas ele não olha, só Deus sabe o que eu sinto.”*

Por fim, quando questionados sobre o futuro, a ideia central prevalente foi “espera que fique boa”. Os homens disseram

“*Eu espero que melhore mais... a tendência é melhorar. Na minha ideia acho que vai ficar bom... até maravilhosa porque eu tô obedecendo tudo direitinho, agora tô num tratamento bom, acertei os remédios que eu tomo porque eu tomo remédio de pressão... O que eu tenho medo mesmo é de ficar paralisado! Agora eu vô voltar pra fisioterapia de novo né, para voltar a caminhar, e se perco peso com uma boa alimentação ajuda muito né. Eu quero recuperar, quero sarar, se possível trabalhar mais um pouco, mas eu tô em fase de aposentadoria...”*

E sobre o futuro para as mulheres:

“*Ah, espero que fique boa, né? Espero que melhore logo. Eu vou no supermercado, eu vou lá, empurro o carrinho, faço compra, faço com as minhas dificuldades a lista de compra, devagarzinho vou fazendo, chego lá compro tudo que eu quero, tudo legal.”*

DISCUSSÃO

É importante ressaltar que a natureza descritiva e qualitativa deste estudo permite apenas informações/significados das sequelas para os homens e mulheres que vivem e convivem com as consequências do AVE referentes às pessoas selecionadas, independentemente do comprometimento funcional ou severidade da lesão. Pela natureza do trabalho, as entrevistas puderam ser realizadas com pessoas que conseguiam falar e com cognição suficiente para responder às questões.

Experiência frequentemente relatada nos DSCs é a consequência da doença, tanto físicas quanto emocionais e sociais. Tal fato é continuamente relatado pelas dificuldades para realização das atividades de vida diária em ambos os gêneros, especificamente as ocupacionais entre os homens. Para eles, ficou evidente a transformação de sua vida no âmbito profissional e em seu papel na família, deixando de ser o responsável pelas finanças do lar, passando a ter um papel passivo. Outra situação

interessante exposta no discurso é a indignação, o não conformismo dos homens em se situarem em um ambiente em que eles passam a ficar em casa enquanto suas esposas saem para trabalhar. Isso porque a capacidade funcional, a atividade laboral e as relações sociais são os domínios mais prejudicados pelo AVE, tanto em curto como em longo prazo, afetando a vida desses indivíduos. Nota-se, assim, que os aspectos sociais devem, precocemente, fazer parte dos objetivos e dos planos da recuperação / reabilitação da pessoa, durante todas as suas fases, incorporando-o de volta à comunidade¹⁵.

Outra sequela embutida no discurso é o problema emocional; alterações psicoemocionais, como a ansiedade, frustração, depressão são frequentemente evidenciadas³. É de extrema importância o cuidado como fator decisivo e potencial para a redução da incapacidade do indivíduo. Os fatores emocionais e psicológicos, a falta de informações e a importância da realização dos primeiros cuidados são essenciais tanto na vida das pessoas acometidas como de seus cuidadores. Assim, deve-se

otimizar a facilitação dessas pessoas nos serviços de saúde. O fator depressivo, além da inatividade e problemas cognitivos, pode gerar declínio da mobilidade do indivíduo, acarretando dependência para a realização das atividades de vida diária, afetando a sua reintegração social¹⁶. A depressão é uma das complicações mais presentes entre as pessoas que sofreram o AVE e está associada com aumento da mortalidade, maior prejuízo no funcionamento físico e da linguagem, hospitalização mais prolongada e redução da qualidade de vida^{17,18}.

Observa-se, ainda, a importância dada para as mudanças ocasionadas nos papéis sociais, havendo, muitas vezes, uma transformação em toda a estrutura familiar. Após o episódio do AVE, é possível notar rompimentos e alterações no sistema familiar, em que seus membros têm de se adaptar à nova situação, gerando desequilíbrios e desarmonias. Há a necessidade de redefinição dos papéis, escolha e adequação de quem será o responsável pelo paciente, além, de gerar alteração em todo o ambiente para favorecer os cuidados necessários¹⁹. Tal situação é observada neste estudo: a maioria dos cuidadores era familiar próximo e mulher.

O fato de a “dependência” ter sido referida em todas as questões abertas, pode-se inferir, assim, que a ocorrência da doença representa um fator de extrema transformação na vida dessas pessoas, deixando-os(as), abruptamente, com graus de deficiências e incapacidades físicas capazes de torná-los(as) dependentes de terceiros para auxiliá-los(as) ou até mesmo realizar, por eles(as), grande parte de suas atividades. Baseando-se nos discursos presentes, é notado que, para os avaliados, essa dependência denota um fator negativo para suas vidas, não estando satisfeitos com a situação, e possivelmente pode ser vinculada à intensificação de seus sintomas depressivos²⁰.

Essa dependência se dá, muitas vezes, com o cônjuge da pessoa acometida. Dos avaliados nesta investigação, 23 (52,3%) eram casados, sendo este um fator contribuinte para a participação de um familiar próximo na realização dos cuidados²¹. Para tanto, há, nessa situação, uma revolução no ambiente familiar que deve se adequar para dar a atenção necessária, desde aspectos físicos, emocionais, econômicos e de reintegração social¹⁹.

Em relação às sequelas consequentes à doença, fica evidente a relação que os homens fazem

com sua incapacidade de trabalhar^{20,22}. Por este motivo, eles se veem rebaixados e humilhados perante a sociedade por não poderem ou não serem mais capazes de exercer seu papéis. Tal situação é exposta nos discursos, em que relatam o seu comportamento de afastamento, ficando reclusos em casa pelo fato de parecerem para outros como um inútil.

Na questão referente à expectativa de vida, houve prevalência da ideia de que ficará boa, melhor, sendo evidente para os homens a importância que eles dão para a sua relação com a profissão; já para as mulheres, fica, novamente, clara a ideia da responsabilidade com os afazeres domésticos. A partir desses discursos, observou-se que essas pessoas, sem terem conhecimento específico sobre a doença, descrevem as consequências geradas em suas vidas, implicando *deficit* sociais no caso. Ao referirem esperança de melhora, notou-se que fazem a ressalva de que a correta realização de cuidados e de tratamento, seja medicamentoso ou fisioterapêutico, é o que fará com que sua melhora seja otimizada e que haja, concomitantemente, a manutenção de tais intervenções. Isso se deve, provavelmente, à concepção de que após ocorrência da lesão o que resta é se cuidar para que outras sequelas não sejam estabelecidas, ficando claro para as mulheres o receio de ficarem “paralisadas”.

Tal expectativa otimista após o AVE foi observada por pacientes de um centro de reabilitação na Alemanha. Com o cuidado, os pacientes tiveram melhora da independência e nas atividades funcionais, relatando melhor qualidade de vida²³.

CONCLUSÃO

Assim, as ideias mais prevalentes nos DSCs para os homens e para as mulheres, independentemente do questionamento, foram as consequências física, emocional e social decorrentes do AVE e a dependência de autocuidados e auxílios para as tarefas diárias. Para eles, houve uma transformação de vida por não poderem mais trabalhar, ocorrendo troca de papel social familiar, “o novo dono de casa”; para elas, por não serem mais capazes de cuidar dos serviços da casa. Entretanto, a maioria tem expectativa de uma vida melhor. Dessa forma, cabe ao profissional de saúde, especialmente ao fisioterapeuta, que considere os significados além da clínica para as pessoas que tiveram o AVE no seu trabalho de cuidado.

Referências

1. DECS Browser [Internet]. BIREME: Biblioteca Virtual em Saúde. Acidente Vascular Cerebral. [Citado em 12 jul 2011]; Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>
2. Fróes KSSO, Valdés MTM, Lopes DPLO, Silva CEP. Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2011;69(2b):371-376.
3. Souza BPF, Torquato Junior MAA, Soare SMSR. Prevenção de depressão pós-AVC. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(4):182.
4. Minayo MCS. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(2):32-38.
6. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):507-14.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Rio Grande do Sul: Educs; 2005.
8. Brasil. Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da Saúde. [Citado em 8 out 2006]; Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.html>.
9. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3b):777-781.
10. Bruki SMD, Malheiro SMF, Okamoto IH, Bertoluci PHF. Dados normativos para o uso do teste de fluência verbal categoria animal em nosso meio. *Arq Neuropsiquiatr*. 1997;55(1).
11. Nitrini R, Lefèvre BH, Mathias SC, Caramelli P, Carrilho PE, Sauer N, et al. Neuropsychological tests of simple application for dementia diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(4):457-465.
12. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
13. Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em estudo*. 2008;13(2):223-229.
14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Depoimentos e Discursos, uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Editora Liber Livro; 2005.
15. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1341-1348.
16. Ayerbe L, Ayis S, Rudd AG, Heuschmann PU, Wolfe CDA. Natural History, Predictors, and Associations of Depression 5 Years After Stroke. *Stroke*. 2011;42:1907-1911.
17. Terroni LMN, Mattos PF, Sobreiro MFM, Guajardo VD, Fráguas R. Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009;36(3):100-8.
18. Palazzo C, Ravaud J-F, Trinquart L, Dalichampt M, Ravaud P, Poiraud S. Respective Contribution of Chronic Conditions to Disability in France: Results from the National Disability-Health Survey. *PLoS ONE*. 2012;7(9):e44994.
19. Rodrigues LS, Alencar AMPG, Rocha EG. Paciente com Acidente Vascular Encefálico e a rede de apoio familiar. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):272-9.
20. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2004;4(1):95-101.
21. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após Acidente Vascular Cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2006;14(3):364-371.
22. Anner J, Schwegler U, Kunz R, Trezzini B, de Boer W. Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health*. 2012 21;12(1):470.
23. Hasenbein U, Reissberg H, Wallesch CW. Expectations of stroke patients concerning in-patient or out-patient neurological rehabilitation in Phase D. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2004 43(2):65-74.