

ORIENTAÇÕES A CUIDADORES DE PACIENTES HEMIPLEGICOS EM FASE AGUDA PÓS-EPISÓDIO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Fabiana Nonino

Docente do departamento de Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR; Fisioterapeuta especialista. E-mail: fabiananonino@yahoo.com.br

Elisa Kreulich

Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: kreulich@hotmail.com

Márcia Regina Benedeti

Docente Mestre do departamento de Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR; Fisioterapeuta. E-mail: mrbenedeti@brturbo.com.br

RESUMO: Hemiplegia é o sinal clássico da doença neurovascular cerebral e o de principal interesse dos terapeutas. Estima-se que ocorrem, mundialmente, cerca de 600.000 casos de acidente vascular encefálico por ano. Nesses casos, quanto mais cedo começar o tratamento melhor será o prognóstico, e um dos aspectos mais importantes para a reabilitação do paciente são as orientações fornecidas a ele e, principalmente, aos cuidadores. O objetivo deste trabalho foi avaliar a influência das orientações através de um questionário respondido pelos pacientes ou respectivos cuidadores. Os resultados mostraram que nos aspectos alimentação, socialização, higiene pessoal e necessidade de realizar fisioterapia os cuidadores e o paciente estão sendo bem orientados, porém nos aspectos disposição do quarto e posicionamento correto as orientações são poucas. Conclui-se que as orientações fornecidas são de fundamental importância para a recuperação do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação; Cuidadores; Orientações.

GUIDELINES TO THE CARETAKERS OF HEMIPLEGIA PATIENTS IN ACUTE PHASE OF POST-EPIISODE STROKE (AVE)

ABSTRACT: Hemiplegia is the classic sign of brain neurovascular disease and main interest for therapists. It is estimated that occur, worldwide, about 600,000 cases of stroke per year. In such cases, the sooner they begin the treatment better the prognosis, and one of the most important aspects for the rehabilitation of the patient are the guidelines provided for them and, mainly, to caregivers. The objective was to evaluate the influence of the guidelines through a questionnaire answered by patients or their caregivers. The results showed that the food, socialization, personal hygiene aspects and the need to carry out physiotherapy the caregivers and patients are well targeted, but the aspects of the room layout and correct positioning guidelines are few. It was concluded that the guidelines are for a fundamental importance for the patient recovery.

KEYWORDS: Rehabilitation; Caregivers; Guidelines.

INTRODUÇÃO

Hemiplegia ou paralisia de um lado do corpo é o sinal clássico da doença neurovascular cerebral. A hemiplegia é o sinal mais óbvio do acidente vascular encefálico (AVE) e o de principal interesse dos terapeutas, embora existam outros sintomas incapacitantes. A causa mais comum de AVE é a obstrução de uma das artérias cerebrais importantes ou de seus ramos, podendo ser hemorrágico ou isquêmico (UMPHRED, 1994).

Segundo Stokes (2000), o AVE hemorrágico é causado por hemorragia nas partes mais profundas do cérebro e ocorre geralmente em pacientes hipertensos, pois a hipertensão arterial leva ao enfraquecimento e conseqüente possibilidade de ruptura das paredes arteriais. Os sintomas iniciais são forte cefaléia, vômitos e, em alguns casos, perda da consciência. Se o paciente sobreviver aos sintomas iniciais pode sobreviver a hemiplegia.

Como explica Stokes (2000), o AVE isquêmico tem como causa mais comum a obstrução de uma das artérias cerebrais importantes ou de seus ramos. Aproximadamente 80% dos casos de AVE devem-se à oclusão da artéria, seja em decorrência de ateroma na artéria propriamente dita ou de êmbolos secundários, que são pequenos coágulos de sangue transportados do coração ou dos vasos do pescoço que estão com problemas. Ainda segundo Stokes, o paciente às vezes se queixa de dor de cabeça e inicialmente a hemiplegia é flácida, mas após alguns dias torna-se espástica.

A hemiplegia é a conseqüência física mais comum do AVE, e se traduz na paralisia completa dos membros superiores e inferiores do mesmo hemicorpo. Pode estar associada a problemas de percepção, cognição, sensorial e de comunicação, aspectos que, segundo Umphred (1994), devem ser considerados na conduta fisioterapêutica.

Segundo Rowland (2002), estima-se que ocorrem mundialmente cerca de 600.000 casos de AVE por ano. Esse mal afeta geralmente pessoas de idade avançada, mas pode também ocorrer em jovens, devido a fatores como hipertensão, cardiopatia congênita, diabetes, dieta rica em sal e o tabagismo.

Oliveira (2004) aponta que 500 milhões de habitantes em todo o mundo apresentam incapacidades físicas e funcionais, sendo a mais severa a hemiplegia decorrente do AVE, e estima-se que 6 em 100 pessoas vivam com as conseqüências do AVE.

Segundo Zinni (2004), um breve período inicial de internação é indispensável em numerosos casos, mas o paciente deve retornar ao lar o mais rapidamente possível. Quase sempre, a essas alturas ele terá necessidade de reabilitação bem-conduzida, para evitar a instalação de graves seqüelas. Seja qual for a decisão, o certo é que a reabilitação deve ser iniciada de imediato e que a ajuda dos familiares se reveste da maior importância.

Para Ekman (2000), quanto mais cedo começar a recuperação após o agravo, melhor será o prognóstico. É mais comum a melhora funcional ocorrer durante os primeiros meses após o AVE do que a longo prazo. A velocidade da recuperação está relacionada à redução do edema cerebral, melhora do suprimento sanguíneo e remoção do tecido necrótico.

Como observa Johnstone (1979), o médico tomará as decisões iniciais acerca do tratamento correto do paciente e durante algum tempo ele assumirá toda a responsabilidade pelo bem-estar do paciente, mas a parte mais importante do tratamento dos pacientes

hemiplégicos refere-se à reabilitação, a qual é feita pelo terapeuta e pela família, sob a orientação daquele.

Segundo Zinni (2004), a hemiplegia é uma afecção neurológica que pode ser recuperável se tiver assistência adequada. A área mais afetada é a muscular, com perda da sensibilidade do lado afetado, dificuldades na fala, incontinências dos esfíncteres e prisão de ventre.

Para Kakihara e Neves (2005), um dos comprometimentos motores na hemiplegia é a tendência a manter-se em uma posição de assimetria postural, com distribuição de peso menor sobre o lado afetado e conseqüente transferência do peso corporal para o lado oposto. Essa assimetria e a dificuldade de suportar o peso no lado afetado interferem na capacidade de manter o controle postural, impedindo a orientação e estabilidade para realizar movimentos com o tronco e membros. Cabe ressaltar que a execução de atividades de vida diária como vestir-se, alimentar-se, mudar de posição, andar e alcançar objetos depende desse controle postural.

Lavinsky e Vieira (2004) dizem que muitos são os problemas vividos pelo paciente e sua família após a alta hospitalar, no domicílio. Ambos -paciente e família- necessitam desenvolver tarefas para resolver situações novas que surgem a partir desse momento ou situações já vivenciadas em companhia dos profissionais de saúde no hospital.

Gonçalves (2002), refere que os problemas residuais após um "derrame" variam grandemente, dependendo de numerosos fatores, como a causa do AVE, a área do sistema nervoso central afetada, a extensão da lesão e as funções da área lesada. Os déficits clínicos podem incluir: fraqueza ou paralisia dos músculos da face, tronco e/ou extremidades; comprometimento da sensibilidade e propriocepção; déficits visuais; dificuldades cognitivas; comprometimento da linguagem e problemas perceptuais. Essas perdas exigem a presença da figura do cuidador, que irá auxiliar o paciente com AVE nas suas dificuldades.

Logo após o AVE o fisioterapeuta dará início à fase de reabilitação do paciente, para obter uma melhor qualidade de vida. Algumas medidas sugeridas por Davies (1996a) são: estimular os movimentos antes realizados, tentar melhorar o equilíbrio do paciente, fazê-lo posicionar-se corretamente no leito e na cama, levá-lo a retomar, na medida do possível, as atividades de vida diária e normalizar o controle do tronco.

Não obstante, um dos aspectos mais importantes na reabilitação do paciente são as orientações passadas a ele e principalmente à família. "A motivação do indivíduo e o apoio da família e dos amigos também vão determinar o grau de recuperação... A qualidade do cuidado e o estímulo dos familiares podem fazer uma grande diferença" (LOPES, 2003).

É sabido que no quadro agudo o paciente pode apresentar algumas complicações, como padrões negativos de movimento, presença de reflexos primitivos, dor no ombro, complicações respiratórias, fraqueza de musculatura abdominal, incapacidade de se mover e dificuldade na marcha. Essas complicações devem ser evitadas, e para isso é preciso que o paciente e a família recebam orientações adequadas, que devem ser seguidas à risca, como: posicionamentos corretos, movimentação e estímulo à retomada das atividades normais, para que a recuperação seja rápida e não tenha seqüelas graves e deformidades.

A fisioterapia tem importante papel no processo de reabilitação, pois o paciente apresentará alterações neuromusculares que, se

não forem tratadas, podem evoluir e piorar o quadro, prejudicando sua evolução e sua melhora. Daí a importância das orientações recebidas no hospital pelo paciente para sua recuperação e a melhora da qualidade de vida sua e da família.

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a influência das orientações e esclarecimentos na evolução do processo de reabilitação do paciente, através de um levantamento sobre as orientações repassadas aos pacientes após um quadro de AVE ainda na fase aguda, bem como verificar se os pacientes e os familiares têm recebido orientações sobre o seu estado, seu prognóstico e os principais cuidados a serem realizados nessa fase.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Mediante levantamento bibliográfico em livros, revistas e artigos científicos datados entre 1979 e 2004, efetuou-se análise das principais complicações previstas após um AVE e da influência das orientações na evolução do quadro dos pacientes com seqüelas. A partir daí foi elaborado um questionário fechado, com perguntas relacionadas às orientações necessárias nesse processo, a ser respondido pelo paciente ou pelo cuidador.

A pesquisa foi enviada para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (COPEC), que a aprovou sem considerações. Os pacientes ou familiares assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes de responderem ao questionário.

Foi preparado um questionário para ser respondido na Clínica-Escola de Fisioterapia do Cesumar, situada na cidade de Maringá, onde 70 cópias foram distribuídas pelo pesquisador. O questionário foi respondido por 34 pacientes, enquanto 26 deles deixaram de responder. Os motivos de estes não terem respondido foram falta às sessões de fisioterapia, incapacidade física para responder e/ou ausência do cuidador no momento de responder.

O questionário foi respondido pelos portadores de AVE ou pelos respectivos cuidadores, independentemente do tempo em que havia ocorrido o agravo, que podia ser hemorrágico ou isquêmico.

Após a coleta dos dados, procedeu-se a seu levantamento e à análise quantitativa dos resultados através de gráficos e tabelas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi gerado pela necessidade de se verificar quanto os pacientes e seus cuidadores têm recebido em termos de orientações relativas ao cuidado com os portadores de AVE, o que está demonstrado nos gráficos a seguir.

De acordo com a figura 1, pode-se observar que 26,47% dos pacientes receberam bastante orientação, 11,76% receberam pouca orientação, 8,82% muito pouca orientação e 52,95% nenhuma orientação.

Em estudo realizado por Nogueira (2005) na cidade de Jequié - BA - que observou a intervenção fisioterapêutica na comunidade, foi constatado que para a assistência no ambiente domiciliar do paciente é preciso remover algumas barreiras arquitetônicas ou reorganizar móveis, tapetes e iluminação nos ambientes de maior circulação, entre os quais se incluí o quarto desse paciente, que é de relevante importância.

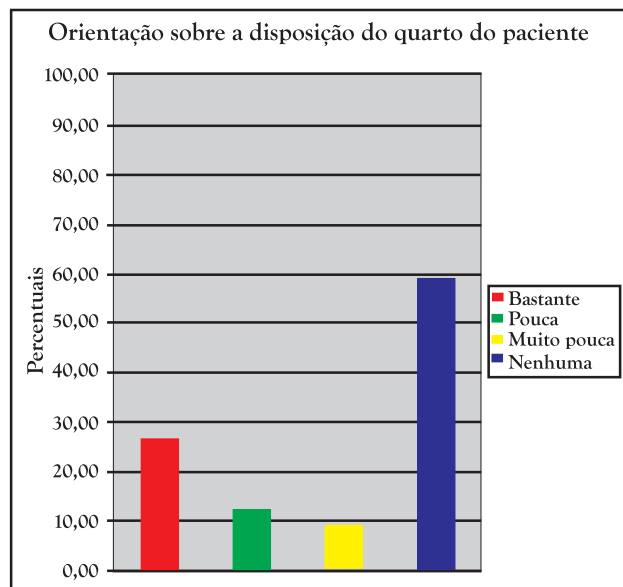


Figura 1 Orientação sobre a disposição do quarto do paciente.

Os resultados do presente trabalho apontam que a maioria dos afetados por AVE, ou seja, 52,95% deles, não têm recebido orientações sobre a disposição do quarto. Essas orientações são da maior importância, e quando não são dadas no hospital, devem ser feitas no período em que o paciente está em tratamento ambulatorial, para evitar maiores danos a ele, principalmente no que se refere a quedas, negligência do lado plégico e medidas que facilitam o cuidado.

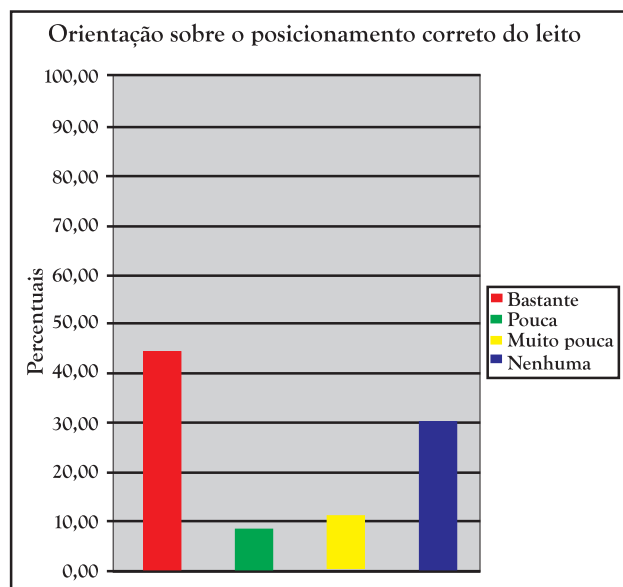


Figura 2 Orientação sobre o posicionamento correto no leito.

De acordo com a figura 2, pode-se observar que 47,06% dos pacientes receberam bastante orientação, 8,82% receberam pouca orientação, 11,76% muito pouca orientação e 32,36% nenhuma orientação.

De acordo com a figura 3, pode-se observar que 29,41% dos pacientes receberam bastante orientação, 8,82% receberam

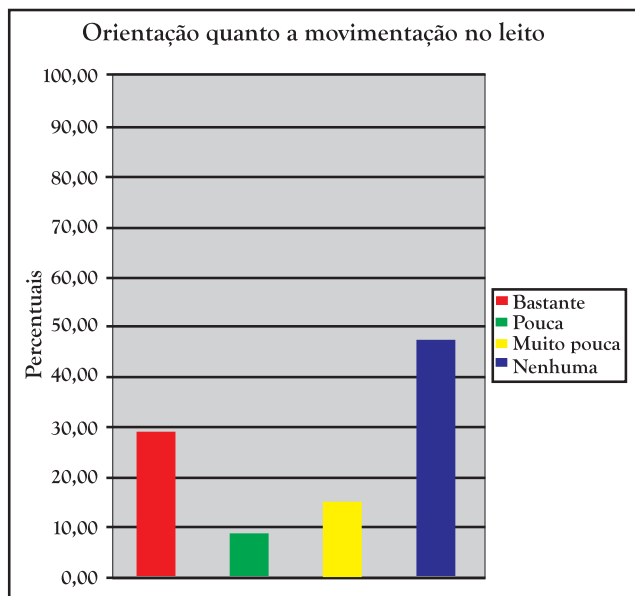


Figura 3 Orientação quanto a movimentação no leito.

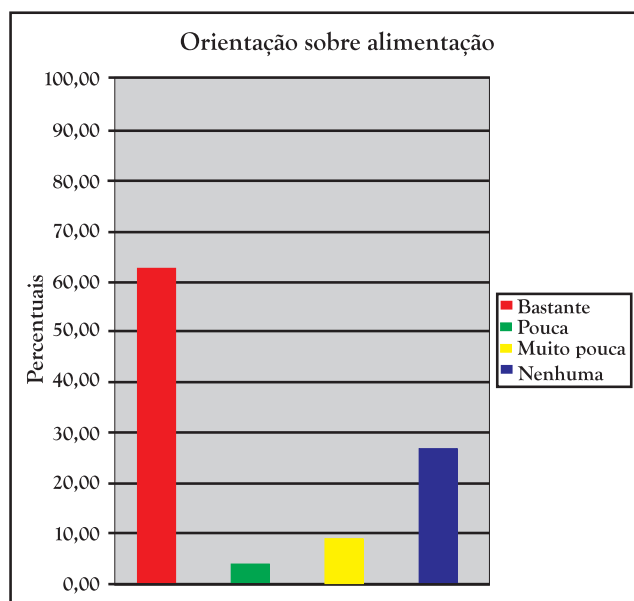


Figura 4 Orientação sobre a alimentação.

pouca orientação, 14,71% muito pouca orientação e 47,06% nenhuma orientação.

Perlini e colaboradores (2004), em estudo com 35 cuidadores familiares de pessoas incapacitadas por AVE, residentes na zona urbana de Ijuí/RS, por meio de um formulário preenchido pelo cuidador principal verificou a necessidade de ajuda desses cuidadores em relação ao atendimento ao paciente, tendo constatado que 58,1% desses cuidadores não necessitam de ajuda para prevenção de úlceras de decúbito e 73,5% não precisam de ajuda na mudança de posição e na movimentação.

Nesse estudo verificou-se que, quanto às orientações referentes à movimentação no leito, 47,06% dos cuidadores não têm recebido nenhuma orientação. A movimentação no leito é importante, pois pode proporcionar independência para virar-se e sentar-se, e até mesmo auxiliar nas transferências, por isso as orientações são de extrema importância.

Stokes (2000) refere que, após receberem orientações de como se transferir do leito para a cadeira de rodas e vice-versa, os pacientes obtiveram excelentes resultados de recuperação, o que indica a importância dessa orientação aos pacientes e cuidadores; porém nossa pesquisa constatou que 58,82% não estão recebendo nenhuma orientação, o que significa que poucos têm recebido essa importante orientação.

Na figura 4 pode-se observar que 21,76% dos pacientes receberam bastante orientação, 2,94% receberam pouca orientação, 8,82% muito pouca orientação e 26,48% nenhuma orientação.

Nogueira (2005) afirma em sua pesquisa que as orientações sobre a alimentação foram seguidas tanto pelo paciente como pelo cuidador, o que se traduz em um bom resultado, pois, dependendo do tipo de alimentação, o paciente pode fazer suas refeições independentemente e receber uma alimentação que facilite o funcionamento do sistema digestório, que se torna delicado nesses pacientes.

Essa informação vem ao encontro dos achados do presente trabalho, onde se observou que 61,76% dos pacientes têm recebido orientações sobre a alimentação. Essas orientações

ajudam o paciente na maneira de se alimentar e quanto aos tipos de alimento que ele deve consumir e promovem sua independência no tocante à alimentação.

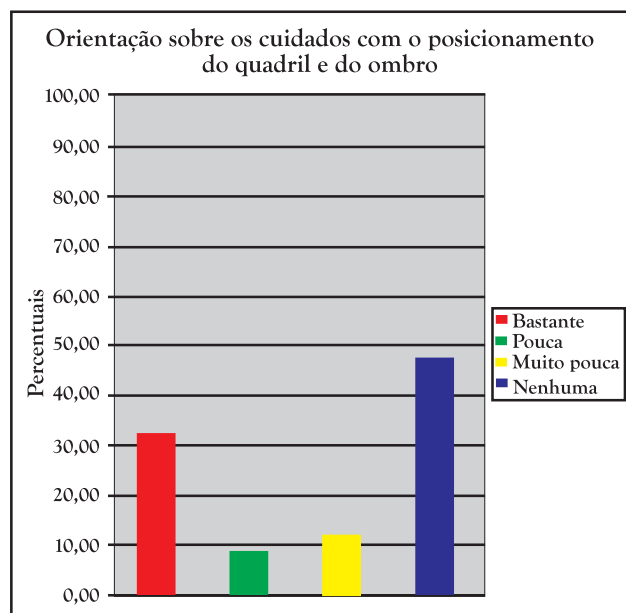


Figura 5 orientações sobre os cuidados com o posicionamento do quadril e do ombro.

Na figura 5 pode-se observar que 32,35% dos pacientes receberam bastante orientação, 8,82% receberam pouca orientação, 11,76% muito pouca orientação e 47,07% nenhuma orientação.

Horn e colaboradores (2003), em estudo com pacientes internados nas enfermarias dos hospitais de clínica Santa Casa de Misericórdia e São Francisco, de Marília - SP, constatou que com o cuidado de prevenção e tratamento correto para o ombro o paciente evita a dor, dado esse que também pode ser atribuído ao quadril, pois após o AVE em geral os pacientes apresentam dor, gerada pela

imobilidade, o que resulta em perda progressiva de amplitude de movimento, desalinhamento da articulação e movimentação incorreta. Não obstante, nesse estudo constatou-se também que 47,07% dos pacientes não têm recebido nenhuma orientação quanto aos cuidados para evitar quadros dolorosos no ombro e no quadril.

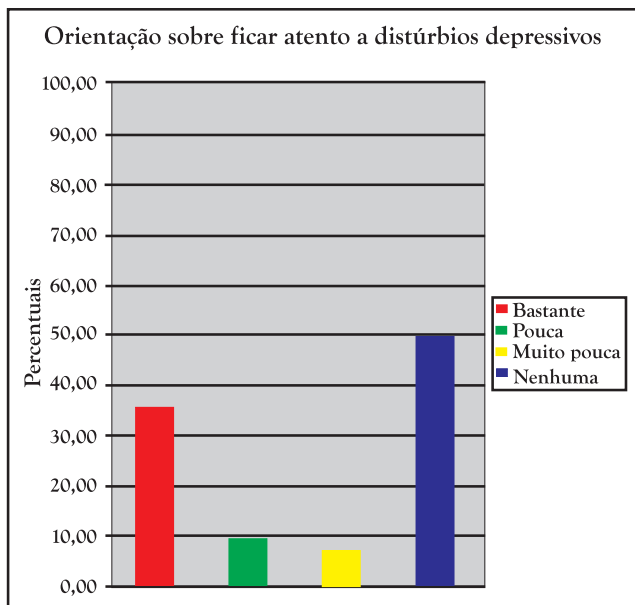


Figura 6 Orientações sobre ficar atento a distúrbios depressivos.

Na figura 6 pode-se observar que 35,29% dos pacientes receberam bastante orientação, 8,82% receberam pouca orientação, 5,89% muito pouca orientação e 50% nenhuma orientação.

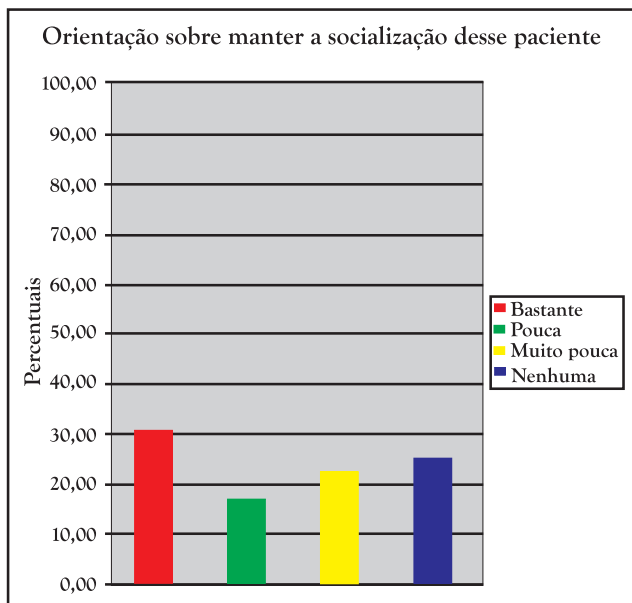


Figura 7 Orientação sobre manter a socialização desse paciente.

De acordo com a figura 7, pode-se observar que 32,35% dos pacientes receberam bastante orientação, 17,65% receberam pouca orientação, 23,53% muito pouca orientação e 26,47% nenhuma orientação.

Segundo Fuller e Manford (2002), o apoio psicológico ao paciente e a sua família pode ajudá-lo a aceitar o AVE bem como evitar as dificuldades sociais dele decorrentes, daí a importância de reconhecer quando o paciente fica depressivo, já que a depressão afeta 50% desses pacientes.

No presente estudo constatou-se que 50% dos pacientes não obtiveram nenhuma orientação sobre a depressão e 32,35% receberam bastante orientação sobre a socialização. Esses dois fatores são muito importantes para a recuperação do paciente, pois previnem distúrbios depressivos, levando o paciente a ser mais socializado e participativo e a obter, assim, melhoras no seu quadro.

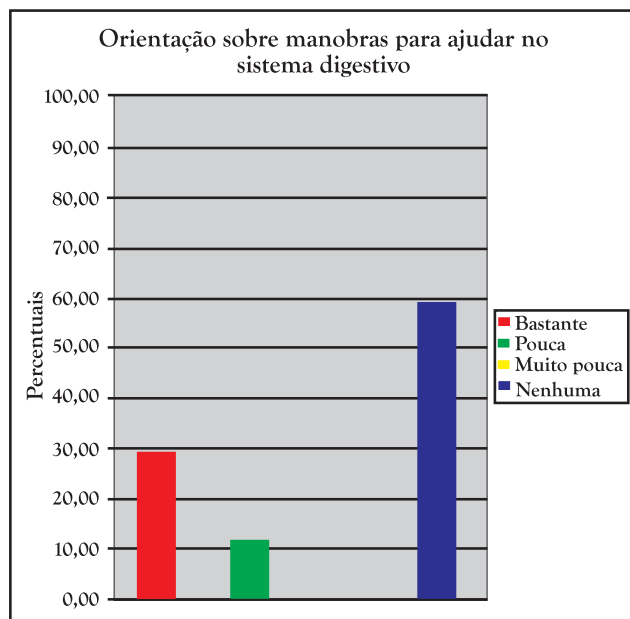


Figura 8 orientações sobre manobras para ajudar no sistema digestivo.

De acordo com a figura 8, pode-se observar que 29,41% dos pacientes receberam bastante orientação, 11,77% receberam pouca orientação, 0% muito pouca orientação e 58,82% nenhuma orientação.

Kakihara e Neves (2005), em um estudo realizado com 11 pacientes da Clínica de Fisioterapia da Universidade Paulista que receberam atendimento e orientações sobre ajuda quanto ao sistema digestório, relataram que esses pacientes obtiveram resultados positivos. Referiram também que a falta de orientação correta causa incômodos ao paciente e acarreta-lhe distúrbios digestivos, além de afetá-lo psicologicamente. Por outro lado, na presente pesquisa constatou-se que 58,82% dos pacientes não têm recebido orientação alguma sobre alimentação, o que pode dificultar bastante o funcionamento do sistema digestivo.

De acordo com a figura 9 (p. 292), pode-se observar que 41,18% dos pacientes receberam bastante orientação, 17,65% receberam pouca orientação, 5,88% muito pouca orientação e 35,29% nenhuma orientação.

Kakihara e Neves (2005) mencionam que as dificuldades na realização das atividades de vida diária e a dependência de outros para completar tarefas como, por exemplo, a higiene pessoal, podem provocar um efeito devastador no aspecto psicológico,

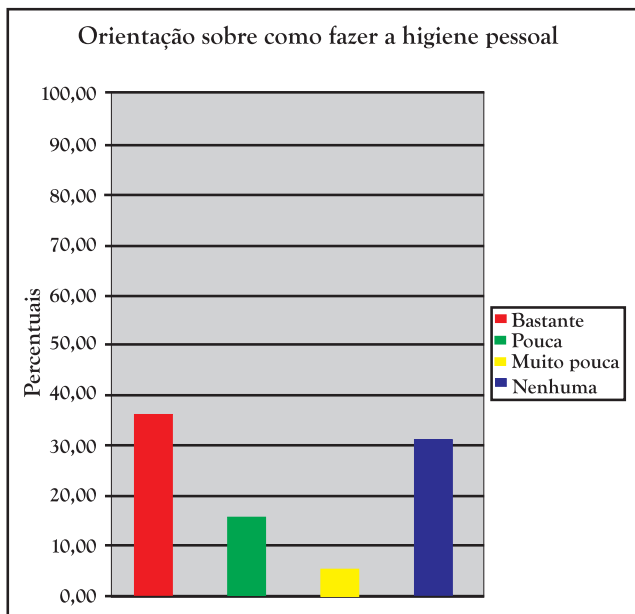


Figura 9 orientações sobre como fazer a higiene pessoal.

social e financeiro dos pacientes, por estes se tornarem pessoas dependentes na execução de procedimentos de caráter íntimo. No presente estudo constatou-se que 41,18% dos pacientes receberam bastante orientação.

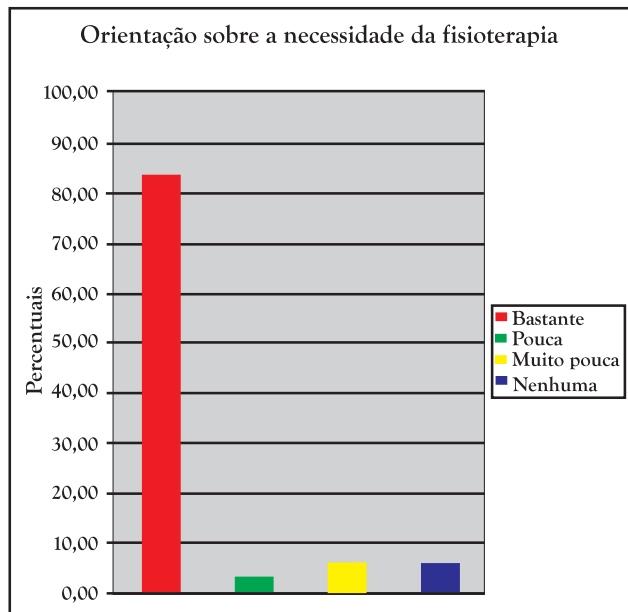


Figura 11. orientação sobre a necessidade de fisioterapia.

Na figura 11 pode-se observar que 85,29% dos pacientes receberam bastante orientação, 2,94% receberam pouca orientação, 5,88% muito pouca orientação e 5,89% nenhuma orientação.

Ainda segundo Stokes (2000), estudos têm mostrado evidências cada vez maiores de que a fisioterapia imediata pode maximizar a recuperação física do paciente após o AVE. Esse dado vem ao encontro dos do presente estudo, em que 85,29% dos pacientes têm recebido bastante orientação sobre a necessidade da fisioterapia, e por outro lado aumenta a responsabilidade do fisioterapeuta em dar continuidade ao tratamento e continuar orientando esses pacientes e cuidadores, no sentido de contribuir para a melhora se sua qualidade de vida.

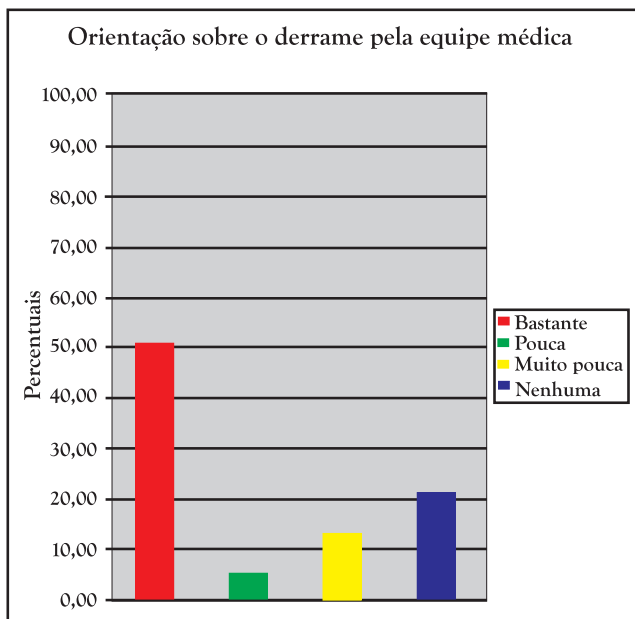


Figura 10 orientações da equipe médica sobre o derrame.

Na figura 10 pode-se observar que 55,88% dos pacientes receberam bastante orientação, 5,88% receberam pouca orientação, 14,71% muito pouca orientação e 23,53% nenhuma orientação.

Segundo Stokes (2000), é de suma importância que o paciente afetado por AVE e seus cuidadores recebam da equipe médica orientações sobre o derrame, pois através dessas orientações será possível estabelecer cuidados essenciais a esse paciente. Isto pôde ser evidenciado na presente pesquisa, já que 55,88% dos pacientes tiveram a devida orientação.

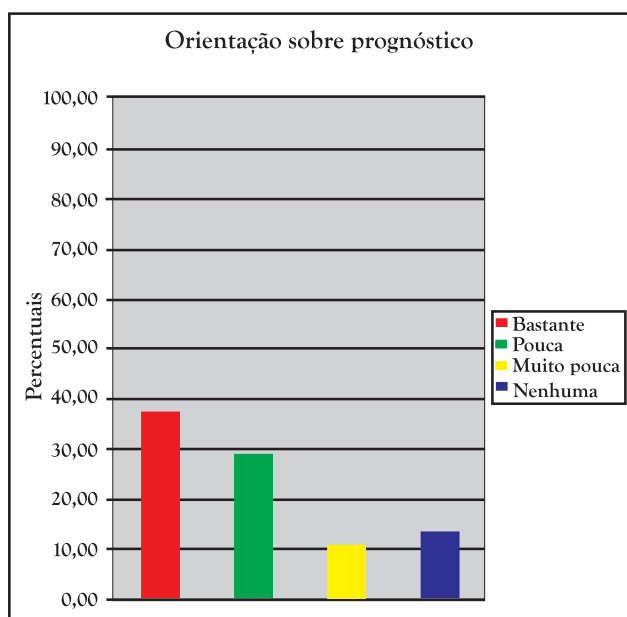


Figura 12. orientação sobre o prognóstico.

Na figura 12 pode-se observar que 41,18% dos pacientes receberam bastante orientação, 32,35% receberam pouca orientação, 11,76% muito pouca orientação e 14,71% nenhuma orientação.

Para Fuller e Manford (2002), o prognóstico da doença depende do tipo de AVE e também da clínica desse paciente, entrando fatores como cuidados domésticos, atuação do fisioterapeuta e de outros profissionais, quando necessário. Esses cuidados e atendimentos podem ajudar na melhora do quadro do paciente.

No presente trabalho constatamos que 32,35% dos pacientes têm recebido pouca orientação sobre o prognóstico da doença e que essa falta de informação ao paciente e ao cuidador dificulta o tratamento. Ambos têm uma expectativa muito grande quanto à terapia, a qual, se não der os resultados esperados, poderá causar-lhes frustração ou falta de motivação para dar continuidade ao tratamento.

4 CONCLUSÃO

Este estudo levou a concluir que as orientações fornecidas aos pacientes e seus cuidadores têm sido de fundamental importância para processo de recuperação, podendo evitar complicações decorrentes do quadro de AVE, principalmente problemas relacionados com alimentação, distúrbios depressivos, úlceras de decúbito, sistema digestivo-intestinal e higiene pessoal.

Pelos resultados observou-se que nos aspectos alimentação, posicionamento correto, socialização, higiene pessoal, esclarecimentos sobre o agravo, necessidade da fisioterapia e o prognóstico sobre a doença os cuidadores estão sendo bem orientados, porém nos aspectos de disposição do quarto, mudanças de posicionamento, movimentação no leito, transferência da cama para a cadeira de rodas, posicionamentos com o quadril, distúrbios depressivos e manobras para ajudar no bom funcionamento do sistema digestório, as orientações são poucas, o que pode ocasionar prejuízos à recuperação dos portadores.

Assim sendo, a fisioterapia deve contribuir para as orientações, verificando na avaliação inicial quanto esse paciente está orientado e esclarecido e dando orientação que não foi devidamente fornecida para se maximizar o resultado na reabilitação e na qualidade de vida desses pacientes e seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

DAVIES, P. M. **Passos a Seguir** – Um manual para o tratamento da hemiplegia no adulto. São Paulo, SP: Manole, 1996.

EKMAN, L. L. **Neurociência** – Fundamentos para reabilitação. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara koogan, 2000.

FULLER, G.; MANFORD, M. **Neurologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002.

GONÇALVES, L. O. **Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica escola de fisioterapia da universidade do vale do Itajaí – UNIVALI**. 2002. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/6721.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2006.

HORN, A. I. et al. Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/hemiparéticos na fase sub-aguda do acidente

vascular encefálico. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, set. 2003, v. 61, n. 3B, p. 768-771. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2006.

JOHNSTONE, M. **Restauração da função motora no paciente hemiplégico**. São Paulo, SP: Manole, 1979.

KAKIHARA, C. T.; NEVES, C. G. Avaliação do grau de funcionalidade de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico antes e após intervenção fisioterapêutica no solo e na hidroterapia. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 6, n. 5, set./out. 2005.

LAVINSKY, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Revista Acta Scientiarum**, v. 26, n. 1, jan./jun. 2004.

LOPES, M. F. **Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2003.

NOGUEIRA, F. et al. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. **Rev.Saúde. Com.**, v. 1, n. 1, p. 35-43, out. 2005. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a5.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2006.

OLIVEIRA, R. A. O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, jan./jun. 2004. Disponível em: <www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3a20pdf>. Acesso em: 03 abr. 2006.

PERLINI, N. M. O. G. et al. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar**. Janeiro 2004. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/18pdf>>. Acesso em: 29 set. 2006.

ROWLAND, L. P. **Merritt Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002.

STOKES, M. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo, SP: Premier, 2000.

UMPHRED, D. A. **Fisioterapia neurológica**. São Paulo, SP: Manole, 1994.

ZINNI, J. V. S. **Acidente Vascular Cerebral**. ago. 2004. Disponível em: <<http://www.wgate.com.br/conteúdo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/acidentevascularcerebral>>. Acesso em: 20 set. 2005.