

Fisioter Bras 2018;19(5Supl):S176-S184

## ARTIGO ORIGINAL

### Depressão em pacientes com sequela neurológica de acidente vascular encefálico *Depression in patients with neurological sequel of stroke*

Hyalle Maria Militão Vieira\*, Luma Letícia Santos Brilhante Borges\*\*, Samara Campos de Assis\*\*\*

*\*Discente do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-FIP, \*\*Fisioterapeuta graduada pelas Faculdades Integradas de Patos-FIP, \*\*\*Docente do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos*

**Endereço para correspondência:** Hyalle Maria Militão Vieira, Rua Pedro Inácio Liberalino, 46 Ouro Branco, Piancó PB, E-mail: hyallemilitaovieira@hotmail.com; Luma Letícia Santos Brilhante Borges: lumaleticiaborges@hotmail.com; Samara Campos de Assis: samaracamposdeassis@gmail.com

## Resumo

A depressão é um dos transtornos de humor caracterizado por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo, desinteresse, apatia, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo. É a complicação psiquiátrica mais frequente nos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE). Esta pesquisa teve como objetivo identificar a possível existência de depressão e o seu índice nos pacientes que sofreram AVE atendidos em uma Clínica Escola de Fisioterapia e em um Centro de Reabilitação para Pessoas Portadoras de Deficiência de um município do sertão paraibano. Para isso, foi realizada uma pesquisa do tipo transversal, com abordagem quantitativa, no período de fevereiro a abril de 2013, utilizando o questionário clínico-epidemiológico e a Escala Geriátrica de depressão. Foram entrevistados 14 pacientes com sequela neurológica de AVE, com faixa etária acima de 30 anos, com maioria do gênero masculino. Após a aplicação da escala de depressão nestes pacientes, concluiu-se que a grande maioria 71,4% dos pacientes com sequela neurológica de AVE possuíam sinais depressivos. O impacto psicológico gerado pelas limitações impostas pelo AVE pode ser condição suficiente para originar um quadro de depressão. A presença dos transtornos psicológicos é determinante na qualidade de vida do indivíduo.

**Palavras-chave:** acidente vascular encefálico, depressão, epidemiologia.

## Abstract

Depression is one of the mood disorders characterized by slowing down of psychic processes, depressed mood, lack of interest, apathy, difficulty concentrating, and negative thoughts. It is the most frequent psychiatric complication in patients with stroke. This research aimed to identify the possible existence of depression and its index in patients who suffered from stroke attended in a Clinic Physiotherapy School and a Rehabilitation Center for People with Disabilities in a municipality of Paraíba. For this, a cross-sectional survey was conducted with a quantitative approach from February to April 2013, using the clinical-epidemiological questionnaire and the Geriatric Depression Scale. Methods: We interviewed 14 patients with a neurological sequel of stroke, with ages above 30 years, majority males. After the application of the depression scale in these patients, it was concluded that a large majority of patients with a neurological sequel of stroke presented depressive signs (71.4%). The psychological impact generated by the limitations imposed by the AVE can be sufficient condition to give rise to a depression picture. The presence of psychological disorders is determinant in the individual quality of life.

**Key-words:** vascular brain accident, depression, epidemiology.

## Introdução

O termo Acidente Vascular Encefálico (AVE) é designado como um quadro neurológico de origem vascular, caracterizando pelo rápido desenvolvimento de sinais e sintomas clínicos, decorrentes de alterações focais ou globais da função cerebral com duração maior que 24 horas [1].

Segundo Radanovic [2], o AVE pode ser classificado como: hemorrágico (AVEh) e/ou isquêmico (AVEi). O AVEh, é compreendido por hemorragias subaracnóides (HSA), em geral, decorrentes de ruptura de aneurismas. O AVE isquêmico (AVEi), é resultante de déficit neurológico devido a insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral, que pode ser temporário, chamado episódio isquêmico transitório (EIT) ou permanente.

Como consequência da perda das habilidades motoras, poderão surgir co-morbidades metabólicas e cardiovasculares, gerando um decréscimo importante na prática das AVDs, cuja maior dificuldade é na locomoção, interferindo diretamente na aquisição da independência funcional, causando grande impacto no retorno social do paciente [3,4].

Os sintomas depressivos têm sido observados, em 20% a 50% dos pacientes que sofreram (AVE), variando de acordo com o critério estabelecido, bem como com a população estudada [5]. É uma alteração do humor, identificada por demora dos processos psíquicos, humor depressivo ou árdago, redução da energia (desânimo) apatia ou agitação psicomotora, concentração complexa, pensamentos negativos, com perda de capacidade de planejar o futuro e mudança do juízo da realidade [6].

Os pacientes com lesões do hemisfério esquerdo apresentam depressão mais frequente e mais grave que as dos pacientes com AVE do hemisfério direito ou do tronco cerebral [7]. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) [8], saúde não é apenas a ausência de doenças ou enfermidades, mais sim um estado de completo bem estar físico, mental e social.

Diante disso o presente estudo justifica sua importância devido ao grande acometimento dos pacientes pós-AVE por disfunções físico-funcionais que acarretam transtornos psicológicos e conseqüentemente a depressão, que por sua vez altera significativamente a qualidade de vida desses indivíduos, visto que as incapacidades 15 resultantes destes distúrbios alteram a independência e autonomia para realização das atividades de vida diária.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva e quantitativa desenvolvida com pacientes com diagnóstico de AVE, atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia Dr. Aderban Martins de Medeiros das FIP e no Centro de Reabilitação para Pessoas Portadoras de Deficiência (CERPPOD), compreendendo o período de fevereiro a abril de 2013, com a aprovação do comitê de ética. A população para o desenvolvimento da pesquisa foi composta de 14 pacientes. A amostra foi do tipo não probabilística e a seleção dos participantes foi feita por acessibilidade.

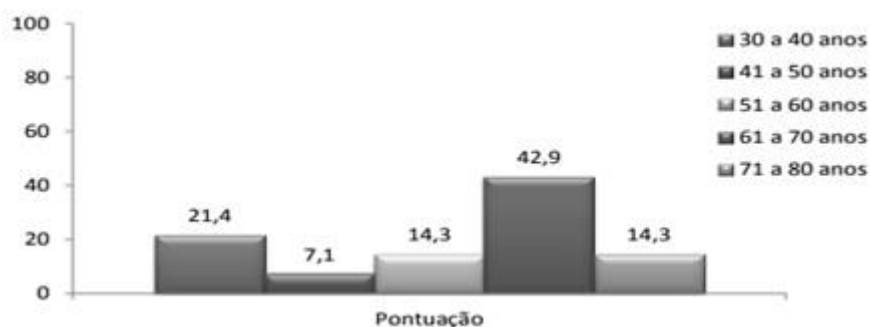
Foi aplicado um questionário contendo questões biodemográficas para avaliar o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de AVE e em seguida foi aplicada a escala sobre depressão Yesavage (GDS- 15), para identificar a presença de depressão nestes pacientes. Como critérios de inclusão da pesquisa, estavam aptos a participar todos os pacientes de todos os gêneros, portadores de sequelas neurológicas de AVE atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia e no Centro de Reabilitação para Pessoas Portadoras de Deficiência (CERPPOD), no período de fevereiro a abril de 2013, seguido de consentimento dos mesmos assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão estavam isentos de participar os que não se enquadraram dentro dos critérios acima citados, e que não tenha apresentado capacidade cognitiva para participar.

Os dados foram sistematizados, digitados e arquivados utilizando-se do Microsoft Excel versão 2010 e utilizando análise estatística descritiva para avaliar o índice de depressão. Os resultados foram apresentados em forma de figuras e tabelas. Através da realização Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa foi preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. Após a concessão de sua aprovação, sob o protocolo:112-2012, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram ao TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

## Resultados

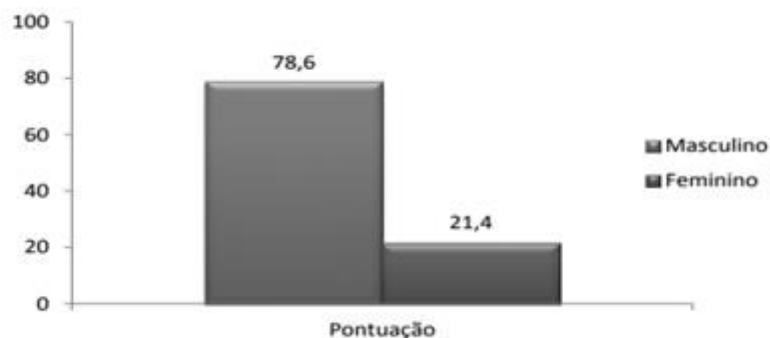
Os resultados desta pesquisa foram obtidos a partir dos dados coletados de uma amostra de 14 indivíduos com sequela neurológica de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Os dados foram colhidos através dos seguintes instrumentos de avaliação: o questionário de dados sociodemográficos, clínicos e a escala sobre depressão Yesavage (GDS-15). No questionário biodemográfico foram analisadas as seguintes variáveis: faixa etária mais incidente, gênero, estado civil, profissão, renda familiar. Nos dados clínicos, com questões sobre a patologia que o paciente apresenta, foram analisados o tipo mais frequente de AVE entre os entrevistados, se faz acompanhamento com neurologista e há quanto tempo faz tratamento de fisioterapêutico.

Com relação à faixa etária, os pacientes encontravam-se 21,4% (3) entre 30 a 40 anos, 7,1% (1) de 41 a 50 anos, 14,3% (2) 51 a 60 anos, 42,9% (6) de 61 a 70 anos e 14,3% (2) de 71 a 80 anos.



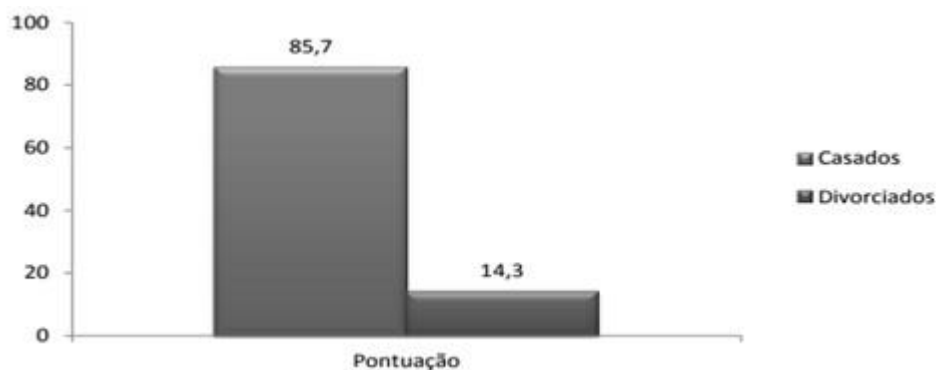
**Figura 1** - Relação da faixa etária dos pacientes com sequela neurológica de AVE em porcentagem.

Referente ao gênero dos pacientes pode-se observar prevalência do gênero masculino, com 78,6% (11) dos casos e 21,4% (3) eram do gênero feminino.



**Figura 2** - Distribuição do gênero dos pacientes com sequela neurológica de AVE em porcentagem.

Na variável estado civil, percebe-se que 85,7% (12) dos pacientes são casados.



**Figura 3** - Relação do estado civil dos pacientes com sequela neurológica de AVE em porcentagem.

Com relação à profissão 7,14% (1) era agricultor, 21,42% (3) motoristas, 14,3% (2) donas de casa, 7,14% (1) eletricitista, 7,14% (1) inspetor escolar, 7,14% (1) pedreiro (1), 7,14% (1) servente de pedreiro, 7,14% (1) dentista, 7,14% (1) contador e 14,3% (2) eram comerciantes. Hoje 100% (14) dos pacientes são aposentados, devido o AVE.

**Tabela I** - Relação da profissão que já foram exercidas pelos pacientes com AVE em porcentagem.

Profissão	Quantidade	%
Agricultor	01	7,14
Motorista	03	21,42
Donas de Casa	02	14,3
Eletricista	01	7,14
Inspetor Escolar	01	7,14
Pedreiro	01	7,14
Servente de Pedreiro	01	7,14
Dentista	01	7,14
Contador	01	7,14
Comerciante	02	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fonte de dados 2013

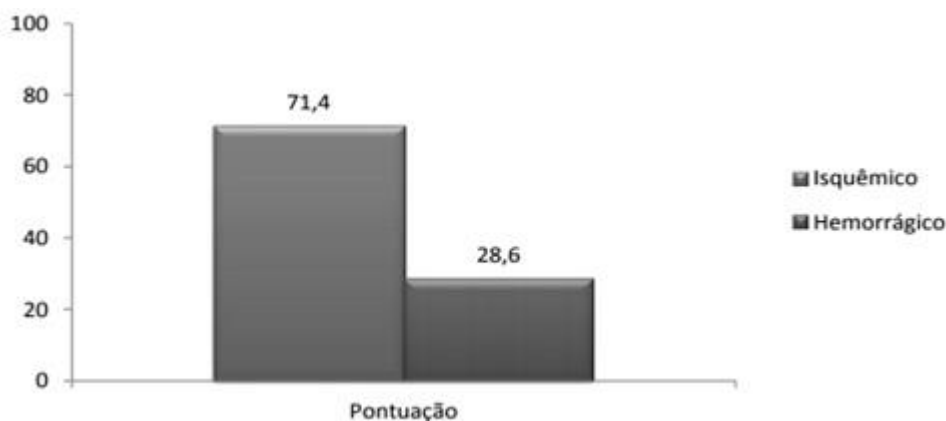
Baseando-se na renda familiar dos entrevistados, 57,144% (8) recebiam até um salário mínimo, 28,57% (4) de 1 à 3 salários mínimos, 7,143% (1) de 3 à 5 salários mínimos e 7,143% (1) acima de 5 salários mínimos.

**Tabela II** - Renda familiar dos pacientes com AVE.

Renda Familiar	Quantidade	%
Até 1 Salário Mínimo	08	57,144
De 1 a 3 Salários Mínimos	04	28,57
De 3 a 5 Salários Mínimos	01	7,143
Acima de 5 salários Mínimos	01	7,143
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

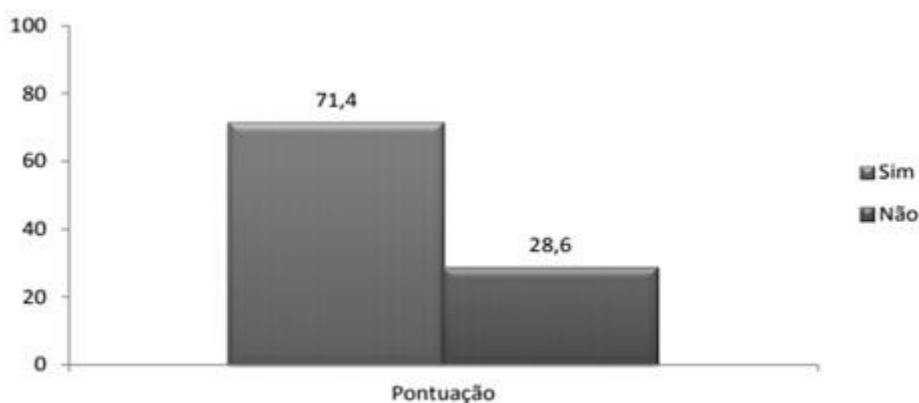
Fonte de dados, 2013

Quanto ao tipo do AVE analisou-se que 71,4% (10) tiveram AVE do tipo isquêmico e 28,6% (4) apenas, apresentaram AVE do tipo hemorrágico.



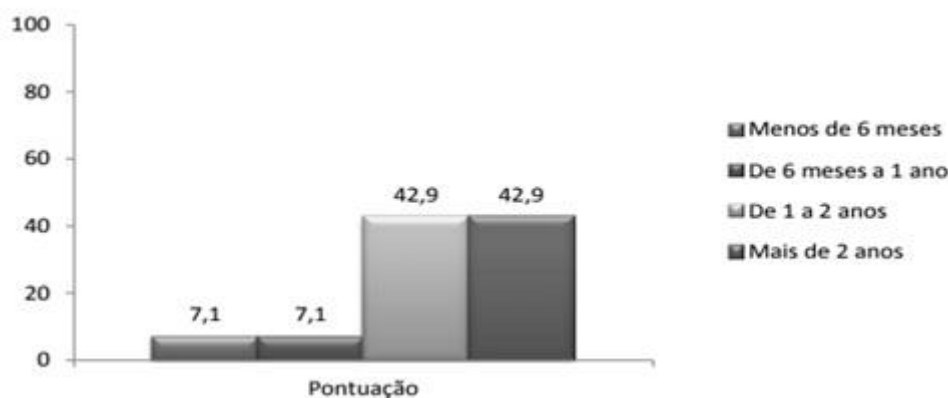
**Figura 4 -** Distribuição da amostra quanto ao tipo de AVE em porcentagem.

Os dados agora referem-se aos pacientes que faziam acompanhamento com neurologista, constatou-se que 71,4% (10) realizavam acompanhamento e a minoria 28,6% (4) não faziam acompanhamento neurológico.



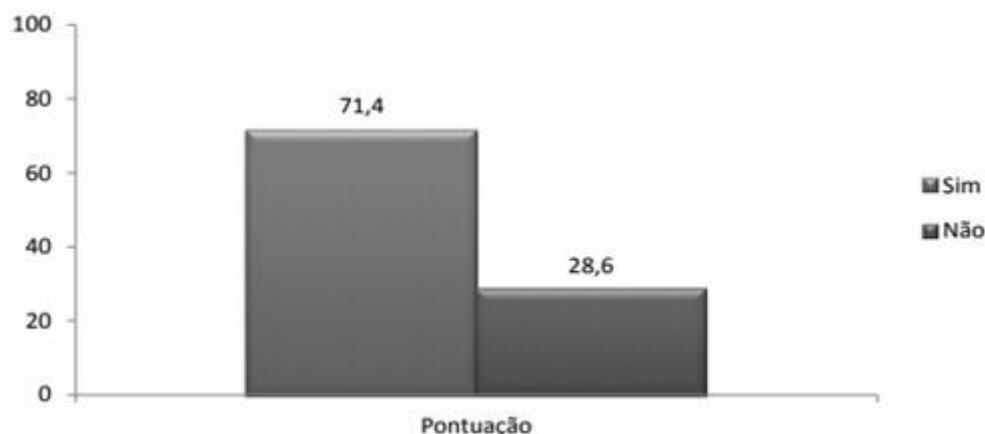
**Figura 5 -** Pacientes acompanhados por neurologista em porcentagem.

A figura 6 trata do acompanhamento fisioterapêutico por parte dos pacientes. Dos entrevistados foi analisado há quanto tempo realizavam tratamento fisioterapêutico, foi visto que 7,1% (1) realizavam há menos de 6 meses, 7,1% (1) de 6 meses à 1 ano, 42,9% (6) de 1 ano à 2 anos e 42,9% (6) realizavam fisioterapia há mais de 2 anos.



**Figura 6 -** Período do tratamento fisioterapêutico.

No que diz respeito à prevalência de depressão nos pacientes pós-AVE, conclui-se que 71,4% (10) apresentam suspeita de depressão e 28,6% (4) não apresentam.



**Figura 7** - Confirmação da suspeita de depressão nos pacientes com AVE em porcentagem.

Com a escala geriátrica de depressão (YESAVAGE, 1983), no que diz respeito à prevalência de depressão nos pacientes pós- AVE, conclui-se que 71,4% (10) apresentam suspeita de depressão e 28,6% (4) não apresentam.

**Tabela III** - Referente à escala de depressão dos pacientes com AVE e suspeita de depressão.

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (YESAVAGE, 1983)	SIM	NÃO
Você está satisfeito com sua vida?	50%	50%
Abandonou muitos de seus interesses e atividades?	90%	10%
Sente que sua vida esta vazia?	80%	20%
Sente-se frequentemente aborrecido?	50%	50%
Você tem muita fé no futuro?	90%	10%
Tem pensamentos negativos?	70%	30%
Na maioria do tempo está de bom humor?	80%	20%
Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?	40%	60%
Sente-se feliz na maioria do tempo?	80%	20%
Sente-se fuequentemente desamparado, adoentado?	30%	70%

Fonte de dados; 2013

Em relação às outras indagações, pode-se observar que 80% desses pacientes se sentem inúteis, intranquilos e possuem dificuldades para começar novos projetos.

**Tabela IV** - Referente à escala de depressão dos pacientes com AVE e suspeita de depressão.

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (YESAVAGE, 1983)	SIM	NÃO
Sente-se freqüentemente intranquilo?	80%	20%
Prefere ficar em casa em vez de sair?	60%	40%
Preocupa-se muito com o futuro?	60%	40%
Acha que tem mais problemas de memória do que os outros?	50%	50%
Acha bom estar vivo?	90%	10%
Fica frequentemente triste?	70%	30%
Sente-se inútil?	80%	20%
Preocupa-se muito com o passado?	50%	50%
Acha a vida muito interessante?	50%	50%
Para você é difícil começar novos projetos?	80%	20%

Fonte de dados, 2013



## Discussão

Com relação à faixa etária, os achados vão de acordo com os estudos elaborados por Scalzo *et al.* [9], que em pesquisa realizada com 96 indivíduos, mostrou quanto à faixa etária uma predominância de indivíduos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, totalizando (57,4%) 55 dos pacientes. Cerca de 75% dos pacientes com AVE possuem idade acima dos 65 anos e sua incidência dobra a partir de cada década após os 55 anos [10].

Segundo os estudos de Perline e Faro [11], o avanço da idade é um fator de risco predisponente para o AVE, pois na terceira idade, os capilares ficam mais firmes e próximos, exigem, portanto, maior esforço do coração para bombear o sangue, resultando assim em elevação da pressão arterial. Além de outros fatores ambientais reunidos ao longo da idade, eleva significativamente a possibilidade para o desenvolvimento do AVE, pois quanto maior for a quantidade de fatores de risco, maior será a ocorrência da doença e de problemas associados.

Em relação a variável estado civil, a maioria são casados, igualmente demonstrados nos estudos por Fleck *et al.* [12], no qual um percentual de 57% dos sujeitos estudados eram casados. As características da população estudada também se assemelham com outros estudos, onde são demonstrados nos estudos realizados por Pereira *et al.* [13], mostrando que 46% dos pacientes também eram casados.

Observando que 100% (14) dos pacientes são aposentados, isso devido a idade e aos comprometimentos neurológicos que os impedem de trabalhar. Os dados mencionados estão de acordo com Oliveira [14], em cujo estudo pode verificar em sua amostra 50% (5) dos pacientes são aposentados e os outros 50% são do lar. A produtividade ocupacional costuma estar prejudicada, notadamente nas profissões intelectualmente exigentes [15].

Baseando-se na renda familiar dos entrevistados, 57,144% recebiam até um salário mínimo. Nota-se que mais da metade dos pacientes, ou seja 57,1% deles relatam possuir renda de até um salário mínimo, igualmente demonstrado nos estudos realizados por Galhado, Mariosa e Takata [16], concluindo-se que dos entrevistados 72% viviam apenas com 1 salário mínimo. O baixo poder aquisitivo é um fator que interfere negativamente na vida de pessoas com sequela neurológica de AVE, já que estes necessitam de cuidados em longo prazo, dificultando o acesso a bons serviços de saúde. A qualidade de vida aparenta abranger desde as necessidades humanas básicas, como condições de moradia, saneamento básico, acesso à saúde e situação econômica. [17].

Para Minayo *et al.* [18], qualidade de vida é um tema acima de tudo humanitário, referente ao grau de satisfação do ser humano, em diversas esferas de sua vida (familiar, amorosa, social e ambiental). Quanto ao tipo do AVE analisou-se que 71,4% (10) tiveram AVE do tipo isquêmico e 28,6% (4) apenas, apresentaram AVE do tipo hemorrágico.

Esses estudos foram corroborados por Falavigna *et al.* [19], que em sua pesquisa 80% dos AVE foram devidos a isquemia e 20% causados por hemorragia intracraniana. O AVE isquêmico relaciona-se ao surgimento de trombos no território carotídeo e basilar ou embolia cardíaca; a maior parte dos AVE's é ocasionada por trombose vascular, que surge quando a formação de um coágulo ocasiona a um estreitamento gradual do vaso ou alteração no revestimento laminar do vaso, isso explica por que o AVE isquêmico tem maior probabilidade em relação ao hemorrágico [20].

Os dados referentes aos pacientes que faziam acompanhamento com neurologista constatou-se que 71,4% realizavam acompanhamento e a minoria 28,6% não faziam acompanhamento neurológico. Não foram encontrados dados na literatura que possam ser discutidos com a figura 5.

A figura 6 trata do acompanhamento fisioterapêutico por parte dos pacientes. Dos entrevistados, foi visto que a maioria composta de 42,9% de 1 ano à 2 anos e 42,9% realizavam fisioterapia há mais de 2 anos. A qualidade de vida do paciente sequelado de AVE fica limitada, porém, com o tratamento fisioterápico, estes pacientes tendem a melhorar a sua capacidade funcional, facilitando o retorno às suas AVDs, bem como, à sua reintegração à sociedade [21].

A escala geriátrica de depressão foi desenvolvida por Yesavage (1983), é um dos instrumentos mais para detectar sintomas depressivos. Essa escala consiste em 30 itens capazes de avaliar satisfatoriamente o humor dos pacientes entrevistados. A pontuação dá-se através de questões fechadas onde o entrevistado irá responder "sim e não" (algumas estarão em negrito), quando a resposta for diferente a resposta em negrito a pontuação será 0 (zero), e

quando for igual a resposta em negrito será 01. O resultado será maior que 10 suspeitando de depressão e quando for menor que 10 não suspeitamos de depressão.

A depressão é caracterizada por perda de energia ou interesse, humor deprimido, dificuldade de concentração, alteração do apetite e do sono, sentimento de fracasso e lentificação das atividades físicas e mentais [22].

A depressão pode diminuir o estímulo do indivíduo para a reabilitação e reduzir a interação social. Baixo suporte social pode elevar os sentimentos de solidão e a falta de esperança, repercutindo na sua recuperação. Em contrapartida, indivíduos com bom humor, se engajam mais em relacionamentos sociais, e tornam-se mais otimistas em relação ao futuro, estes têm mais êxito no enfrentamento, ao sentir-se no controle de suas vidas [23].

Uma nova estratégia para se estudar o processamento de tomada de decisão estima-se que, em pessoas normais, a emoção auxilia o processo de tomada de decisão, conduzindo a cognição. Este processo tem grande destaque em pacientes deprimidos, levando-se em consideração, que estes frequentemente têm dificuldades em tomar decisões [24].

## Conclusão

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais doenças crônicas e incapacitantes, que levam a perda da autonomia funcional. Pode deixar sequelas importantes nos pacientes acometidos, que influenciarão de forma negativa para a sua recuperação funcional, conseqüentes à perda das habilidades motoras e cognitivas, além das possíveis comorbidades.

A depressão pode ser decorrente a disfunções funcionais adquiridas como no caso do AVE, onde o indivíduo passa a depender de outras pessoas para realizar atividades que anteriormente ao AVE praticavam, alterando negativamente a qualidade de vida dos mesmos.

O perfil dos pacientes com sequela neurológica de AVE investigados nesta pesquisa identificou que a maioria dos entrevistados, eram do gênero masculino, estavam na faixa etária a cima de 30 anos, eram casados, tinham o 1º grau incompleto, aposentados, possuíam renda familiar de 1 salário mínimo, moravam com a família, 71,4% tiveram AVE do tipo isquêmico, variando o tempo de AVE de 1 a 2 anos e mais de 2 anos, faziam acompanhamento com neurologista e realizavam tratamento fisioterapêutico de 1 ano a 2 anos.

Após a aplicação da escala de depressão nestes pacientes, conclui-se que a grande maioria 71,4% dos pacientes com sequela neurológica de AVE possuíam sinais depressivos e acometia mais o gênero feminino, devido a todas as mulheres da amostra apresentarem sinais depressivos.

No Brasil a depressão vem ocupando uma posição de destaque no rol dos problemas de saúde pública, apresentando grande incidência, principalmente no que se refere às complicações que necessitam de um tratamento adequado e que haverá uma assistência e cuidado centrados na recuperação e reabilitação do indivíduo. A depressão pode causar muita debilidade ao paciente, ocasionando prejuízos relevante, em que muitas vezes não se é dado a atenção necessária pelas autoridades e profissionais da saúde, com pouca qualidade e especificidade de tratamento.

## Referências

1. Costa Schuster R, Cunha Polese J, Azevedo Silva SL, Perin V, Petterson Seben Y. Caracterização de internações hospitalares por acidente vascular encefálico na cidade de Passo Fundo-RS. *ConScientiae Saúde* 2009;8(4).
2. Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq Neurol* 2005;58(1):99-106.
3. Benvegnu AB., Gomes LA, Souza CD, Cuadros TBB, Pavão LW, Ávila SN. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Rev Ciênc Saúde* 2008;1(2):71-7.
4. Ovando AC, Michaelsen SM, Dias JA, Herber V. Treinamento de marcha, cardiorrespiratório e muscular após acidente vascular encefálico: estratégias, dosagens e desfechos. *Fisioter Mov* 2017;23(2).
5. Terroni LDMN, Leite CC, Tinone G, Fráguas Jr R. Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49(4):450-9.
6. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:6-11.



7. O'sullivan SB, Schmitz TJ. Fisioterapia: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole; 2004.
8. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança; 2001.
9. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia PUC Minas Betim. *Revista Neurociências* 2010;18(2):139-44.
10. Yamamoto FI. Doenças cerebrovasculares. *Clínica Médica* 2009;6:407-30.
11. Oliveira Girardon Perlini NM, Mancussi, Faro AC. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2005;39(2).
12. De Almeida Fleck MP, da Silva Lima AFB, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):431-8.
13. Pereira ABCND, Alvarenga H, Pereira Júnior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2009;19:29-36.
14. De Souza Oliveira, AR, de Sousa Costa AG, Carvalho de Sousa VE, Leite de Araujo T, Martins da Silva V, de Oliveira Lopes MV, Moreira Leitão Cardoso MVL. Escalas para avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2012;65(5).
15. de Haan EH, Nys GM, Van Zandvoort MJ. Cognitive function following stroke and vascular cognitive impairment. *Current Opinion in Neurology* 2006;19(6):559-564.
16. Galhardo VÁC, Mariosa MAS, Takata JPI. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev Med Minas Gerais* 2010;20(1):16-21.
17. Marchiori Buss P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva* 2000;5(1).
18. Minayo MCDS, Buss PM, Hartz, ZMDA. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário; 2000.
19. Falavigna A, Teles AR, Vedana VM, Kleber FD, Mosena G, Velho MC, Roth F. Awareness of stroke risk factors and warning signs in southern Brazil. *Arq neuropsiquiatr* 2009;67(4):1076-81.
20. Zinni JV. Acidente vascular cerebral. Rio de Janeiro: Universidade Camilo Castelo Branco; 2004.
21. McLean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ* 2000;321(7268):1051-4.
22. Marot R. Depressão: transtornos relacionados por semelhança ou classificação, 2004.
23. Ostir GV, Markides KS, Peek MK, Goodwin JS. The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic medicine* 2001;63(2):210-5.
24. Bechara A, Damasio H, Damasio AR. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral cortex* 2000;10(3):295-307.