

“Re” conhecimento dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral por meio de um Programa de Educação Tutorial

”Re” cognition of patients with Stroke through a Tutorial Education Program

Ana Carina Breunig Nunes¹, Josiane Moreira da Costa², Mayara Araújo da Silva³, Tatiana Simões Chaves⁴, Thalita Ezequiel de Souza¹, Ciomara Maria Perez Nunes⁵

DOI: 10.5935/2238-3182.2014S008

RESUMO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma importante causa de mortalidade no Brasil e há necessidade de melhor acompanhamento dessa população. O PRÓ/PET-Saúde III, programa do governo federal desenvolvido na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) pela equipe da “Urgência e Emergência”, buscou identificar o perfil dos usuários vítima de AVE, em um grande hospital geral de Belo Horizonte. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com usuários diagnosticados abordando aspectos de relevância pessoal e de saúde. Os resultados encontrados revelaram a idade, local de moradia, analfabetismo, etilismo, os tipos de AVE, déficits anteriores, medicamentos utilizados no momento do episódio, medicamentos de uso crônico, comorbidades relacionadas e acompanhamento nas unidades básicas de saúde (UBS). Foi possível estabelecer uma relação entre os dados demográficos, a ocorrência de AVE e melhor entendimento sobre a organização do sistema de saúde, principalmente no que se refere à prevenção de agravos de doenças crônicas.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Perfil de Saúde; Fatores de Risco.

ABSTRACT

The cerebrovascular accident (CVA) is an important cause of mortality in Brazil and, therefore, improved monitoring in this population is needed. The PRÓ/PET-Health III, which is a federal government program developed at the Federal University of Minas Gerais (UFMG) by the “urgent and emergency” team sought to identify the profile of the program’s users who were victims of CVA in a large general hospital in Belo Horizonte. Semi-structured interviews were conducted with diagnosed users addressing aspects of personal and health relevance. The results included age, place of residence, illiteracy, alcoholism, types of CVA, previous deficits, medicines used at the time of the episode, chronically used medicines, related comorbidities, and follow up at the Basic Health Units (UBS). It was possible to establish a relationship between the demographic data, occurrence of CVA, and better understanding about the health system organization, especially in regards to prevention of aggravations in chronic diseases.

Key words: Stroke; Health Profile; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% da mortalidade no Brasil.¹ Nesse cenário, o acidente vascular encefálico (AVE) possui grande importância para a saúde pública, pois causa mais de 100.000 mortes por ano no país.² Entre os fatores de

¹ Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Bolsista do PET-Saúde. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Farmacêutica. Mestre em Saúde e Enfermagem. Preceptora do PET-Saúde. Hospital Risoleta Tolentino Neves. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Bolsista do PET-Saúde. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Orofacial. Preceptora do PET-Saúde. Hospital Risoleta Tolentino Neves. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Terapeuta Ocupacional. Mestre em Psicologia. Tutora do PET-Saúde. Professora da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Ana Carina Breunig Nunes
E-mail: anacbreunig@hotmail.com

risco mais importantes para a doença, podem-se citar a hipertensão arterial sistêmica, o tabagismo, as dislipidemias, o sedentarismo e o diabetes *mellitus* como modificáveis ou até evitáveis, a idade avançada e a história familiar de doenças cardiovasculares como fatores não modificáveis.³ Os usuários vítimas de AVE também têm mais chance de novo episódio, recorrência do AVE, em relação à população geral.⁴ Em decorrência da alta incidência e de sua relevância no contexto de um hospital de ensino de Minas Gerais, esse foi um dos temas abordados pela equipe do PRÓ-PET-Saúde III – Rede de Urgência e Emergência, para a execução de práticas de aprendizado em serviço. O PRÓ-PET-Saúde III é um programa do governo federal elaborado para integrar ensino, serviço e comunidade, visando ao fortalecimento de áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com seus princípios e necessidades.⁵ A inserção do PRÓ-PET-Saúde III nessa instituição de ensino, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), iniciou-se em setembro de 2012, participando das atividades acadêmicas dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Psicologia, e Terapia Ocupacional. A equipe PRÓ-PET-Saúde III encontrou a oportunidade de abordar o atendimento e a evolução dos usuários vítimas de AVE, já que o serviço conta com uma unidade de AVE (UAVE) que oferece atendimento multiprofissional a usuários com esse perfil há mais de cinco anos. Ao identificar a importância do AVE no contexto mundial e para as instituições de saúde do Brasil e a partir da vivência da recorrência de casos no local em estudo, mesmo com o oferecimento de atendimento especializado, os acadêmicos do PRÓ-PET-Saúde III propuseram a identificação dos usuários acometidos pelo AVE.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo clínico-qualitativo, transversal e descritivo com a aplicação de questionário semiaberto a usuários internados na instituição com hipótese diagnóstica de AVE.

Especificação do local em estudo e processo de coleta e análise dos dados

O local do estudo é um hospital geral com pronto-socorro, inserido na rede municipal de saúde da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Atualmente, esse hospital conta com o total de 360 leitos divididos nas seguintes linhas de cuidado: linha ci-

rúrgica (LC), linha de cuidado intensivo (LTI), pronto-atendimento (PA), linha materno-infantil e linha de cuidados clínicos (LCC), onde está localizada a UAVE. Cerca de 12.000 usuários são atendidos a cada mês. A maioria desses indivíduos é atendida no pronto-atendimento e aproximadamente 12,6% são encaminhados à internação nas enfermarias de cada linha de cuidado. O hospital possui sistema informatizado e prontuário eletrônico. A UAVE possui 18 leitos e uma equipe que inclui assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. O hospital atende cerca 700 casos de AVE anualmente. A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2012 a abril de 2013.

Os critérios de inclusão para a entrevista foram usuários internados no hospital com hipótese diagnóstica de AVE ou acidente isquêmico transitório (AIT), que estivessem internados no setor de urgência nos prontos-atendimentos feminino e masculino e na UAVE. Os critérios de exclusão foram a não confirmação do diagnóstico de AVE e idade inferior a 18 anos. A confirmação do diagnóstico foi identificada por meio de registro médico nos prontuários eletrônicos.

Os questionários foram aplicados pelos acadêmicos do PRÓ-PET-Saúde III. Participaram dessa aplicação 15 acadêmicos, com dedicação média de 6,7 horas semanais. A identificação dos participantes do estudo ocorria por meio da emissão de relatório informatizado, cujos usuários encaminhados para os cuidados dos neurologistas eram identificados e, em seguida, era verificado o registro de diagnóstico. Os usuários eram abordados e, em caso de impossibilidade de comunicação, os entrevistados eram os acompanhantes ou cuidadores. As perguntas tinham caráter demográfico ou pessoal, como: idade, local de residência, nível educacional, etilismo e perguntas relacionadas à saúde, como: hipótese diagnóstica, história prévia de AVE, déficit anteriores, medicamentos ingeridos no momento do episódio, medicamentos de uso crônico, comorbidades associadas e acompanhamento nas unidades básicas de saúde (UBS). Esses dados foram registrados em planilha informatizada específica e posteriormente foi realizada análise descritiva. Participaram das entrevistas 160 usuários. Dois participantes foram eliminados da análise por não cumprirem os critérios de inclusão como impossibilidade de compreender ou responder as questões ou ausência de acompanhante, totalizando 158 participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Os dados encontrados revelaram que a média de idade dos entrevistados era de 66,5 anos, com extremos de 25 e 97 anos. Em relação ao local de residência, identificou-se que a maioria dos entrevistados, ou 93 participantes (58,9%), era residente em Belo Horizonte, seguida de 26 em Santa Luzia (16,5%) e 17 em Ribeirão das Neves (10,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Local de residência dos usuários vítimas de AVE

Cidades	Referência absoluta	Referência Relativa
Belo Horizonte	93	58,9%
Santa Luzia	26	16,5%
Ribeirão das Neves	17	10,8%
Vespasiano	4	2,5%
Sabará	4	2,5%
Matozinhos	3	1,9%
Lagoa Santa	2	1,3%
Não preenchido	2	1,3%
Contagem	2	1,3%
Divinópolis	1	0,6%
Coronel Murta	1	0,6%
Confins	1	0,6%
Capitão Andrade	1	0,6%
Areias	1	0,6%
Total	158	100%

Identificou-se que 46 (29%) do total de entrevistados eram analfabetos, 106 (67%) alfabetizados e seis (4%) não tiveram esse dado registrado. O registro de etilismo esteve presente em 25 dos entrevistados (15,8%).

Em relação ao tipo de AVE, 118 dos entrevistados (74,7%) tiveram AVE do tipo isquêmico, oito (5%) foram do tipo hemorrágico. Não foram especificados 20 (12,7%); e 12 (7,6%) apresentaram AIT. Os dados da história prévia de AVE revelaram que 71 (44,9%) dos entrevistados tiveram episódios anteriores e 85 (53,8%) sofreram o primeiro AVE. Dois (1,3%) dos participantes não sabiam informar.

Também se identificou a percepção dos entrevistados sobre a presença de déficits cognitivos e motores no período prévio à entrevista, 50 (31,6%) dos usuários referiram apresentar algum

tipo de déficit anterior, 104 (65,9%) afirmavam não possuir déficit prévios e quatro (2,5%) não souberam responder.

No momento do episódio de AVE, 46 (29,3%) dos entrevistados declararam ter ingerido algum medicamento. Desses, 22 (14%) ingeriram bicarbonato e limão (Tabela 2).

Tabela 2 - Medicamentos utilizados no momento do episódio de AVE

Medicamentos e remédios	Referência absoluta	Referência relativa
Não/Nenhum	106	67%
Bicarbonato de sódio com limão	22	14%
Vazias/Não preenchidos	10	6,4%
Não soube informar	5	3,3%
Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina	3	1,9%
Benzodiazepínicos e demais medicamentos com ação calmante	3	1,9%
Analgésicos	3	1,9%
Água, açúcar e limão	1	0,6%
Atenolol	1	0,6%
Medicamento para Hipertensão arterial*	1	0,6%
Metformina	1	0,6%
Omepazol/Anticoagulante	1	0,6%
Remédio para Diabetes Melitus	1	0,6%
Total	158	100%

* Usuário não soube informar o nome do medicamento.

Em relação aos medicamentos de uso crônico, foi constatado que 123 dos entrevistados (78,3%) faziam uso de algum medicamento, sendo média de três fármacos por usuário. Apenas 25 (15,9%) não utilizavam medicamentos de uso crônico e nove (5,8%) não sabiam informar. Do total desses medicamentos, 254 (65,3%) estavam relacionados ao sistema cardiovascular.

As principais comorbidades citadas foram: 118 com hipertensão arterial sistêmica (49,7%); 42 com diabetes *mellitus* (17,6%); e 14 com cardiopatias (5,9%). Também foram relatadas depressão, mal de Alzheimer, vírus da imunodeficiência humana e catarata (Tabela 3).

Foi possível ainda registrar que 117 (74%) faziam acompanhamento regularmente em UBS, 37 (23,4%) não eram acompanhados e quatro (2,6%) não souberam responder.

Tabela 3 - Comorbidades dos usuários vítimas de AVE

Comorbidades	Referência absoluta	Referência relativa
Hipertensão arterial	118	49,6%
Diabetes Mellitus	42	17,6%
Cardiopatía	14	5,9%
Dislipidemia	13	5,5%
Comprometimento renal	4	1,7%
Hipotireoidismo	3	1,3%
Doença de Chagas	2	0,8%
Glaucoma	2	0,8%
Trombose venosa profunda (TVP)	2	0,8%
Bronquite	2	0,8%
Câncer de pele	1	0,4%
Vírus da imunodeficiência humana (HIV)	1	0,4%
Catarata	1	0,4%
Anemia	1	0,4%
Síndrome do pânico	1	0,4%
Depressão	1	0,4%
Doença psiquiátrica	1	0,4%
Doença arterial crônica	1	0,4%
Pneumonia	1	0,4%
Úlcera péptica Duodenal (UPD)	1	0,4%
Epilepsia	1	0,4%
Gota	1	0,4%
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	1	0,4%
Gastrite	1	0,4%
Doença de Parkinson	1	0,4%
Doença de Crohn	1	0,4%
Demência	1	0,4%
Insuficiência Vascular Periférica (IVP)	1	0,4%
Alzheimer	1	0,4%
Refluxo	1	0,4%
Hipotensão	1	0,4%
Adenocarcinoma prostático	1	0,4%
Total	238	100%

DISCUSSÃO

Os dados permitem a reflexão sobre o perfil dos usuários vítimas de AVE atendidos na urgência e emergência. Os entrevistados são, principalmente, idosos, o que provavelmente está associado à ocorrência do AVE, devido a complicações de algumas doenças crônicas e alterações fisiológicas da idade, que aumentam os fatores de risco. A literatura informa que a idade de mais acometimento é de 60 a 74 anos⁶, o que condiz com os dados encontrados.

Os locais de residência dos moradores refletem a regionalização quanto à oferta de cuidados em saúde. Como o hospital em estudo é referência para a região norte – Venda Nova – e região metropolitana de Belo Horizonte, espera-se que o maior número de usuários seja residente nessas regiões, o que foi confirmado no estudo. Entretanto, também se identifica o atendimento a usuários que não residem em regiões para as quais o hospital é referência. Isso pode estar associado a: apesar de residirem em outras regiões, os usuários estavam na área de abrangência do hospital no momento da ocorrência do AVE; superlotação de outras instituições responsáveis pelo atendimento; redirecionamento dos usuários para a instituição em estudo; procura espontânea do próprio usuário ou familiar. Ao considerar a importância do rápido atendimento para o bom prognóstico do AVE, uma vez que a trombolise é um procedimento importante para a recuperação de alguns usuários e redução de sequelas se realizada em um período de até quatro horas e 30 minutos⁷, a investigação mais profunda dos dados referentes ao atendimento de usuários residentes em regiões para as quais o hospital não é referência torna-se importante como continuidade do estudo.

O analfabetismo apresenta-se como um dado considerável quando se relaciona à capacidade de compreensão do estado de saúde, uso de medicamentos e procura por atendimento médico.⁸ Além disso, entende-se que o analfabetismo pode comprometer a continuidade do tratamento pós-AVE, pois o indivíduo poderá ter comprometida a capacidade para orientações por escrito. Esse fato é especialmente importante quando se considera que a maioria das informações relacionadas às especificidades após a alta hospitalar é fornecida por escrito, o que pode ser uma das ações do PRÓ-PET-Saúde III para evitar tal dificuldade desses usuários, transformando as informações em imagens gráficas, por exemplo. Considerando que o Brasil possuía apenas 90,3% da população acima de 15 anos alfabetizada em 2009⁹, percebe-se que essa característica ainda é comum nos dias atuais e pode impactar a qualidade da informação e/ou serviço oferecido.

Em relação ao etilismo, considerável número de usuários afirmou ingerir bebida alcoólica. Entende-se que, além de ser um fator de risco para AVE, o etilismo está relacionado à maior mortalidade por diversas doenças.¹⁰ Ao considerar que indivíduos possuem dificuldade em assumir o uso abusivo de álcool, infere-se que o número de usuários etilistas, entre os entrevistados, seja ainda maior. Considera-se interessante à

implementação de ações que visem ao maior aprofundamento desse dado, para que ações relacionadas à orientação sobre o risco de uso de álcool e AVE sejam realizadas, assim como o encaminhamento para instituições de reabilitação, mediante necessidade.

Os tipos de AVE revelaram que a grande maioria foi do tipo isquêmico, o que está de acordo com a literatura. Conforme alguns estudos, 80% dos AVEs são isquêmicos, 10 a 15% ocasionam hemorragias intracerebrais, 5% são devidos a hemorragias subaracnóideas e o restante devido a outros tipos de AVE.¹¹ Os AITs também foram incluídos nesse dado, pois o mecanismo de formação do AIT e do AVE é o mesmo, mas o tempo de ocorrência é diferente, sendo que no primeiro ocorre em poucos minutos ou horas, sendo o mais comum de cinco a 10 minutos, e no segundo a isquemia é prolongada. Além disso, nos AITs não há evidência de infarto agudo, por exemplo, por exames de imagem.¹² Apesar das consequências do AIT e AVE serem diferentes, entende-se que a ocorrência de AIT seja um alerta para a ocorrência de AVE em momento posterior¹³, o que torna esse dado relevante para o planejamento de ações preventivas.

Identifica-se considerável número de relatos de recorrência dos episódios de AVE entre os participantes, o que pode estar relacionado à dificuldade no autocuidado, à alteração da autopercepção de saúde com falhas na prevenção, além da falta de informação sobre a própria saúde, já que muitos não entendem o seu quadro, mesmo não sendo um primeiro episódio, além de aguardar “passar” os sintomas como negação do episódio sofrido. Pode-se perceber, por exemplo, que sequelas motoras, e principalmente a depressão, são fatores determinantes na postura do usuário em relação à sua própria saúde.¹⁴

Os déficits também se destacam, pois significativo porcentual de usuários declarou apresentar déficits prévios, como sequelas de AVE anteriores ou de outras doenças ou traumas. Esse fato é interessante no momento da avaliação dos novos déficits adquiridos a partir do episódio atual de AVE.

Ao considerar que as percepções dos indivíduos sobre a sua independência é um dado subjetivo que envolve questões de cunho social e cultural¹⁴, recomenda-se mais aprofundamento desse dado. Ressalta-se que o total de usuários entrevistados corresponde a quase 64% do total de atendidos na instituição pela equipe de AVE, o que torna os dados representativos.

Em relação à automedicação, considerável número de usuários ingeriu algum tipo de medicamento

quando percebe as alterações em seu organismo em casos de AVE. O principal remédio utilizado pelos usuários é a mistura de bicarbonato com limão. Essa prática é interessante, pois pode estar relacionada à cultura, mas pode agravar o quadro clínico de alguns usuários. Além disso, alguns usuários mencionaram ingerir medicamentos associados ao tratamento de problemas de saúde crônicos e analgésicos. Ressalta-se que o uso de alguns medicamentos pode mascarar ou comprometer o quadro clínico do episódio agudo do AVE, o que recomenda ações educacionais para a orientação de usuários sobre a automedicação. Já em relação à necessidade de uso de medicamentos de forma crônica no período pré-internação, a maioria dos relatos relaciona o uso de medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, o que reforça a ideia de que o número de AVE é maior em usuários com doenças cardiovasculares crônicas.

As comorbidades revelaram que praticamente a metade dos entrevistados possui hipertensão arterial sistêmica, o que explica a classe de medicamentos mais consumida. Outra comorbidade que se destaca é o diabetes *mellitus*, que é de alta prevalência na população brasileira e também frequentemente relacionado a problemas cardiovasculares e suas complicações. A dislipidemia, quarta mais comum entre os entrevistados, também contribui para complicações cardiovasculares e ocorrência do AVE.^{3,12}

Identifica-se que considerável número dos usuários realiza acompanhamento nas UBS, o que confirma a importância do nível primário de atenção na prevenção e promoção desse problema de saúde, uma vez que essas ações podem ser capazes de prevenir os agravos relacionados a doenças crônicas, como o próprio AVE.¹⁵ Além disso, o acompanhamento nas UBS podem contribuir para o estímulo do diálogo entre alta complexidade e demais níveis de cuidado em saúde.

Considera-se o tempo disponível pelos acadêmicos como um limitador da coleta de dados, o que pode ter ocasionado a descontinuidade nas entrevistas. Outra limitação é que em muitos casos os usuários não eram capazes de responder as questões, o que era realizado por cuidadores ou acompanhantes.

CONCLUSÃO

O perfil do usuário vítima de AVE no hospital em questão confirma a relevância da idade, de comorbidades, de medicamentos de uso crônico, uma vez

que representam fatores de risco associados a doenças cardiovasculares. É importante destacar também que outros aspectos do perfil, como a regionalização e o acompanhamento em UBS, são demonstrativos da atuação e organização do próprio Sistema Único de Saúde. Assim, o estabelecimento desse perfil contribui para melhor compreender a realidade específica desse hospital, ao mesmo tempo em que se relaciona ao que é percebido em âmbito nacional, facilitando a proposição de ações de educação em saúde e de alterações na rotina do próprio hospital.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. NCD Country Profiles, 2011. [Citado em 2013 ago 15]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf
2. Center of Disease Control and Prevention and World Health Organization. Atlas of Heart Disease and Stroke. 2010. p. 52. [Citado em 2013 ago 15]. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf
3. Center of Disease Control and Prevention and World Health Organization. Atlas of Heart Disease and Stroke. 2010. Pag. 25. [Citado em 2013 ago 15]. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf
4. Lackland DT, Elkind MSV, D'Agostino R, Dharmoon MS, Goff DC, Higashida RT, *et al.* Inclusion of Stroke in Cardiovascular Risk Prediction Instruments: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2012; 43:1998-2027
5. Brasil. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. [Internet]. Diário oficial da União. 2010 mar. 5 [Citado em 2013 ago 15]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_421_2010.pdf
6. Saponisk G, Del Brutto OH. Stroke in South América: a systematic review of incidence, prevalence and stroke subtypes. *Stroke*. 2003; 34(9):2103-7
7. Martins SCO, Freitas GR, Pontes Neto OM, Moro AP, Cabral CH, Jesus PAP, *et al.* Diretrizes para Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico – Parte II. Comitê Executivo da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares e Departamento Científico de Doenças Cerebrovasculares da Academia Brasileira de Neurologia. 4 Julho 2012
8. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF *et al.* Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(4): 1251-1260 [Citado em 2013 ago 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400031&lng=en
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Series históricas. [Citado em 2013 ago 15]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=16&op=0&vcodigo=IU35&t=taxa-alfabetizacao-pessoas-15-anos-mais>
10. Melonia JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(Supl 1):7-10. [Citado em 2013 ago 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a03v26s1.pdf>.
11. Sudlow CLM, Warlow CP. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types. Results from an international collaboration. *Stroke*. 1997; 28:491-9.
12. Moseley ME, Peterson ED, Turan TN, Valderrama AL, Higashida HV, Hoh BL, *et al.* An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare. *Stroke*. 2013; 44:2064-89
13. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, *et al.* Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease: The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*. 2009; 40:2276-93, [Citado em 2013 ago 06]. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/>
14. Mavaddat N, Van der L, Rianne S, George M, Brayne MJ, Mant J. What determines the self-rated health of older individuals with stroke compared to other older individuals? A cross-sectional analysis of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. *BMC Geriatrics*, 2013. 13:85. [Citado em 2013 out 05]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/85>
15. Machado WCA, Moutinho, JA, Figueiredo NMA. Estratégias intersectoriais de promoção da saúde de idoso no centro sul fluminense, Brasil: Relato de experiência. *Rev Eletrôn Gestão Saúde*. 2013; 04 (01): 1800-19. [Citado em 2013 ago 06]. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/324/pdf>.