

Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho

Adaptation of the person after stroke and their caregivers: home environment, wheelchair and bath chair

Márcia Regina Garanhani¹, Jaqueline Frazão Alves², Dirce Shizuko Fugisawa³, Mara Lúcia Garanhani⁴

RESUMO

O acidente vascular encefálico causa incapacidade funcional. O envolvimento dos familiares influencia na recuperação dos pacientes e as barreiras arquitetônicas no domicílio dificultam a acessibilidade. O estudo qualitativo procurou identificar as dificuldades das pessoas após o acidente vascular encefálico em relação às barreiras arquitetônicas, ao manuseio da cadeira de rodas e de banho, por meio de entrevista semi-estruturada e roteiro de medidas de acessibilidade. Nove pacientes e seus cuidadores foram entrevistados e da análise dos discursos emergiram três categorias empíricas: acessibilidade andando, acessibi-

lidade com a cadeira de rodas e de banho e o papel das orientações. As principais barreiras encontradas foram os corredores estreitos e circulação interna inadequada. As barreiras arquitetônicas dificultam o uso da cadeira de rodas e de banho no domicílio, sobrecarregando os cuidadores. O conhecimento da realidade destas pessoas facilita programas de orientações de atividades de vida diária centradas na realidade.

Palavras-chave: Acidente Cerebral Vascular, Atividades Cotidianas, Estruturas de Acesso, Cadeiras de Rodas

ABSTRACT

Stroke causes functional disability. Family involvement influences patient recovery and architectural barriers at home make accessibility difficult. The qualitative study sought to identify the difficulties of people after stroke in relation to architectural barriers, wheelchair and bath chair handling, through semi-structured interviews and accessibility measurement guideline. Nine patients and their caregivers were interviewed and discussion analysis revealed three empirical categories: walking accessibility, wheelchair and

bath chair accessibility, and the role of the guidelines. The main barriers encountered were narrow corridors and inadequate internal circulation. The architectural barriers impede the use of wheelchairs and bath chairs at home, overburdening caregivers. Knowing the reality of these people allows program guidelines of activities of daily living to be centered in reality.

Keywords: Stroke, Activities of Daily Living, Access Structures, Wheelchairs

¹ Fisioterapeuta, Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina
² Graduanda em Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina
³ Fisioterapeuta, Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina
⁴ Enfermeira, Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v17i4a103385

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Márcia Regina Garanhani
Rua Raposo Tavares, 445/31 - Vila Larsen • Londrina / PR • CEP 86010580
E-mail: marciagara@dilk.com.br

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) pode ser definido como síndrome originada por distúrbio da circulação encefálica, proveniente de um processo anatomopatológico nos vasos sanguíneos. O AVE caracteriza-se pela ocorrência de início súbito e duração superior a vinte e quatro horas, com persistência do déficit neurológico focal.¹

As doenças cerebrovasculares, entre elas o AVE, constituem um problema de saúde pública mundial, por se tratar da segunda causa de mortalidade no mundo, superada apenas pelas cardiopatias em geral.² Em 2002, entre os países da América Latina, o maior número de mortes por AVE ocorreu no Brasil, atingindo aproximadamente 100.000 vítimas por ano. Ainda no Brasil, as doenças cerebrovasculares são responsáveis por cerca de 40% dos óbitos, e, dentre estas, o AVE ocupa a primeira posição. Em relação à morbidade, cerca de 50% dos sobreviventes apresentam seqüelas graves,³ com déficits neurológicos significativos, o que torna o AVE a principal causa de incapacidade funcional no mundo ocidental.^{4,5}

O quadro clínico do AVE é variável e de acordo com o local e extensão da lesão vascular, pode apresentar diversas disfunções, tais como, comprometimentos sensoriais, motores, cognitivos e perceptuais.⁶ Portanto, o grau de incapacidade funcional também é distinto, podendo gerar dependência parcial ou total. Para Lui et al,⁷ a dependência das pessoas após o AVE exige o envolvimento de cuidadores, em sua maioria familiares.⁷⁻⁹ Após a alta hospitalar os familiares são levados a assumir os cuidados precocemente, enfrentando as mudanças no cotidiano, o que pode ser fator relevante no processo de reabilitação destas pessoas, bem como da própria saúde dos cuidadores.^{10,11}

A influência do ambiente no processo de reabilitação, demonstrando que os fatores ambientais favorecem a recuperação do indivíduo.¹² Von Koch et al¹³ sugerem que a reabilitação em domicílio apresenta modesta vantagem sobre a reabilitação ambulatorial, em relação às melhoras na atividade social e de vida diária, capacidade motora, destreza manual e deambulação.

Neste contexto, é importante citar que barreiras arquitetônicas no domicílio da pessoa dificultam ou impedem a acessibilidade da mesma, principalmente, quando esta necessita de cadeira de rodas para locomoção e cadeira de banho para a higiene. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)¹⁴ define barreira arquitetônica como qualquer elemento natural, instalado ou edificado que impeça a aproximação, a transferência ou a circulação no espaço,

seja mobiliário ou equipamento urbano. A Lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000, bem como a ABNT - NBR 9050/2004,¹⁴ estabelecem normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade de pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Fundamentando-se na legislação e nas normas de acessibilidade, estudos investigam as condições de acesso em ambientes urbanos, incluindo as instituições de saúde.^{15, 16} No entanto, pouco se sabe sobre a acessibilidade domiciliar.¹⁷

O atendimento domiciliar tem sido inserido nos programas de saúde da família e de fisioterapia para pacientes neurológicos e usuários de cadeira de rodas, como estratégia para avaliar a acessibilidade e segurança. As orientações no domicílio têm como objetivo auxiliar o paciente e seus familiares no reconhecimento de problemas, sugerir modificações e testar as habilidades funcionais da pessoa no ambiente em que reside.¹⁷

Valenza¹⁸ sugere que terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas devem fazer parte, juntamente com arquitetos e designers de interiores, da equipe de reforma ou construção de casas, avaliando os espaços e sugerindo maneiras de torná-los funcionais para indivíduos em diferentes idades e condições físicas. O termo Desenho Universal foi criado pelo arquiteto e educador Ronald L. Mace¹⁹ e segundo este conceito, a incapacidade é criada pelo ambiente domiciliar convencional e não pelo indivíduo. O Desenho Universal visa aumentar a funcionalidade, independência e conforto e, em última instância, resultar em melhor qualidade de vida.¹⁸⁻²⁰

Desse modo, percebe-se a relevância de identificar as barreiras arquitetônicas e as dificuldades enfrentadas pelas pessoas após AVE e seus cuidadores. Este conhecimento poderá subsidiar os programas de orientação, tanto na alta hospitalar, quanto no domicílio, com o objetivo de facilitar a reabilitação funcional dessas pessoas.²¹

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo identificar as dificuldades dos pacientes com AVE e seus cuidadores em relação às barreiras arquitetônicas, ao manuseio da cadeira de rodas e de banho em seu domicílio.

MÉTODO

A pesquisa foi desenvolvida por meio da abordagem qualitativa no período de 2008 e 2009. Os participantes foram pacientes que estiveram internados em um hospital universitário,

residentes na cidade de Londrina – PR, com diagnóstico de primeiro episódio de AVE. Também participaram os respectivos cuidadores, visto que poderiam contribuir com informações relevantes. A seleção da amostragem foi determinada pela participação de pessoas vinculadas à situação investigada, e a representatividade, pela possibilidade de abranger a totalidade do objeto em estudo em seus diversos aspectos.²²

Utilizou-se para a coleta de dados a entrevista semi-estruturada e um roteiro de medidas de acessibilidade, segundo a ABNT - NBR 9050.¹⁴ A entrevista semi-estruturada, de acordo com Manzini²³ deve ser regida por roteiro previamente elaborado, contendo questões que alcancem o objetivo pretendido. Assim, o roteiro apresentou questões norteadoras referentes a atividades de vida diária de higiene, banho, transferências e locomoção. Ainda, este roteiro foi validado por um estudo piloto e por um especialista na área, com o objetivo de avaliar e adequar o instrumento.

As entrevistas foram agendadas no domicílio conforme a disponibilidade dos participantes e só ocorreram após explicação detalhada sobre os propósitos do estudo e a permissão por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas por meio digital, transcritas na sua íntegra e foram identificadas com P para pacientes e C para cuidadores. A análise dos discursos seguiu a seqüência preconizada por Martins & Bicudo,²⁴ dividida em dois momentos. O primeiro é a análise onde se busca a inteligibilidade articulada nos significados presentes em cada discurso, nas suas inter-relações e na sua unidade estrutural. O segundo momento é a análise que visa alcançar a estrutura geral por meio da compreensão e articulação das informações individuais como exemplos particulares em algo mais geral e complexo.

Os dados do roteiro de medidas de acessibilidade do domicílio, cadeira de banho e cadeira de rodas foram analisados de forma descritiva.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR, nº 269/06, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Os participantes desse estudo foram nove pacientes, dois eram do gênero feminino e sete do masculino, com idade entre 32 e 73 anos. Os cuidadores apresentavam idade entre 18 e

57 anos e todas do gênero feminino. Sete eram familiares ou primários, sendo quatro esposas, duas filhas e uma neta, e dois eram funcionários contratados, sendo um com formação em técnico de enfermagem.

O roteiro de medidas do domicílio também apontou as barreiras arquitetônicas, como degraus no acesso a casa, portas estreitas, tapetes não antiderrapantes, entre outros. Esses dados são apresentados na Tabela 1.

A aproximação dos discursos permitiu construir três categorias empíricas que configuram a estrutura do fenômeno estudado: acessibilidade andando, acessibilidade com a cadeira de rodas e de banho e o papel das orientações. Na discussão os discursos exemplificando as categorias serão apontados como P para os participantes pacientes e C para os participantes cuidadores.

DISCUSSÃO

Todos os participantes cuidadores eram mulheres e com vínculo familiar. A designação do cuidador, ou seja, aquele que assume os cuidados pessoais do incapacitado passa por quatro fatores: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente mulher); proximidade física (aquele que vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos).⁹

A primeira categoria apresentada foi acessibilidade andando. Entre os participantes apenas dois utilizavam a cadeira de rodas como meio de locomoção e dois utilizavam uma bengala. Os relatos denunciavam dificuldades motoras que implica em dependência de terceiros, para a locomoção:

Eles me pegavam no colo. Tinha que ter o apoio de uma pessoa pra segurar. (P2)

Ele veio do hospital andando. De vez em quando eu dou a bengalhinha ali. (C4)

A gente ficava andando com ela aqui no corredor porque ela não tinha coordenação motora, então ela andava escorando na gente, tinha que ficar do lado dela senão ela poderia cair. (C8)

É extremamente importante que a pessoa com hemiplegia volte a andar o mais rápido possível, porém sem esforço exagerado no início, com transferência de peso para ambos os membros inferiores. Alguns cuidados são incentivados como o uso de calçados firmes para sua segurança e, se possível, sem bengala para que o paciente possa minimizar o sintoma de negligência do seu lado comprometido, bem como, possibilitar que a mão sem comprometimento fique livre.²⁵ Esses cuidados fazem, na maioria das vezes, com que o cuidador tenha que supervisionar ou mesmo ajudar a locomoção destes pacientes no seu domicílio.

Tabela 1 – Medidas em m (metros) de acordo com roteiro da ABNT NBR 9050: 2004.

	ABNT (2004)	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Porta - entrada	Min.0,80m - vão livre	0,79	0,78	0,84	0,80	0,76	0,80	0,78	0,72	0,80
Rampas						Sim				
Degraus							0,08			
Quarto										
Porta	Min 0,80m	0,84	0,66	0,76	0,76	0,76	0,79	-	0,77	0,70
Circulação interna	a) A pé: 1,20m ² b) Cadeira: 2,85m ²	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cama		0,63	0,45	0,49	0,56	0,47	0,50	0,44	0,49	0,50
Banheiro										
Porta	Min. 0,80m	0,57	0,54	0,84	0,66	0,55	0,66	0,46	0,56	0,58
Circulação interna		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Chuveiro	Altura do registro	1,38	1,44	1,38	1,12	1,20	1,16	1,26	1,17	1,30
Toalheiros		1,46	1,55	-	-	1,09	-	-	-	-
Lixeira		0,45	0,25	0,30	0,28	0,35	0,35	-	-	0,30
Saboneteia		1,10	1,10	-	-	-	-	-	-	-
Papeleira	Altura: 0,50 a 0,60m	0,33	0,20	0,73	0,50	-	-	-	-	-
Vaso sanitário	Altura: 0,43 a 0,46m	0,39	0,40	0,40	0,42	0,47	0,39	0,40	0,41	0,40
Pia	Altura: 0,78 a 0,80m	0,90	0,93	0,84	0,87	0,79	0,94	-	0,79	0,82
Armário		1,18	1,39	1,34	1,30	1,21	1,20	-	1,35	1,25
Espelho	Altura 0,90m	1,18	1,39	1,34	1,30	1,21	-	-	1,35	1,25
Cozinha										
Porta 1 2	Min. 0,80m	0,77	0,79 0,81	0,79	0,95	1,21	0,82	-	0,69 0,80	0,80
Circulação interna		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Pia		0,86	0,81	-	-	-	0,91	-	0,83	1,00
Cadeira		0,47	0,45	0,47	-	0,46	0,44	-	0,47	0,45
Mesa	Altura: 0,75 a 0,85m	-	0,78	-	0,88	0,78	0,80	-	0,80	0,79
Sala Visita										
Porta	Min. 0,80m	0,74	0,78	0,84	0,80	0,76	0,76	-	0,72	0,70
Circulação interna		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim	Sim
CR						Sim	Sim			
CB			Sim	Sim	Sim		Sim		Sim	Sim

Sublinhado-medidas que se desviam da recomendação. P: participantes. CR: cadeira de rodas. CB: cadeira de banho.

Nesta categoria ainda, quando questionados sobre a acessibilidade do domicílio, referiram a presença de barreiras arquitetônicas:

O corredor é pequeno e nas curvinhas ela sempre escorou, assim também o chão que é liso [...] (C2)

Tudo complicou, porque na verdade não é um quarto, é uma lavanderia que adaptou para ele dormir. Estamos construindo para ele aí, mas parou porque deu um aperto, e não deu para construir[...] é difícil, porque está tudo fora do lugar [...] (C9)

Os relatos acima denotam um dos motivos apontados por Pynoos & Overton²⁰ de que vários fatores dificultam a concretização de modificações domiciliares, entre eles, a falta de orientação, o custo e a prestação de serviços inadequados.

O acesso da maioria dos domicílios visitados nesta pesquisa possuía degraus e terrenos irregulares. Escadas, terrenos irregulares ou desníveis podem se tornar grandes obstáculos para pessoas debilitadas, com problema de deambulação, equilíbrio ou visual, para usuários

de cadeira de rodas e andadores. Segundo Pynoos & Overton,²⁰ as áreas da casa que apresentam maiores riscos são o acesso, as escadas e o banheiro, e a maioria das quedas ocorre na cozinha e no banheiro.^{19,26}

Algumas modificações como instalação de corrimão, aumento da iluminação e instalação de faixas coloridas nos degraus de escadas para identificar mudanças de nível são soluções para prevenir quedas. Nos banheiros, além das superfícies escorregadias, as transferências para o vaso sanitário e chuveiro são as principais dificuldades.²⁰ No presente estudo, as medidas mais irregulares foram encontradas nos banheiros, tais como, a largura da porta, altura da pia e do vaso sanitário (Tabela 1). As dificuldades impostas pelo grau de incapacidade e dependência dos pacientes aos seus cuidadores, bem como as barreiras arquitetônicas do domicílio, podem contribuir para as queixas de problemas de sobrecarga física e de doenças crônicas em cuidadores familiares de pacientes após o AVE.²⁷

A segunda categoria trata da acessibilidade com a cadeira de rodas e de banho e emergiu dos discursos dos indivíduos que utilizavam a cadeira de rodas (CR) como meio de locomoção e cadeira de banho (CB) como facilitador da higiene e banho. Apenas dois utilizaram CR e seis CB, porém essas últimas eram cadeiras comuns adaptadas no próprio domicílio. Os dois equipamentos são apontados pela maioria dos participantes como facilitadores da tarefa de locomoção no domicílio. Também apontam dificuldade no manuseio dos equipamentos por serem desconhecidos e não terem orientação para seu uso:

Ai o meu filho foi e no outro dia cedo ele trouxe a cadeira pro banho e a cadeira para eu andar. (P6)

As cadeiras [...] é o que eu falo pra ela [...] cadeira de rodas e a cadeira de banho facilita muito pra gente [...] (C5)

A cadeira de rodas para ela andar aqui em casa, a gente empurra e a cadeira de banho facilita muito pra gente. (C6)

Ah o mais difícil pra mim é mexer com ela, tirar da cama, colocar na cadeira, e o mais terrível e a tal da cadeira de banho, aquela cadeira é triste [...] (C9)

Luce,²⁸ em um relato de experiência, apontou a utilização da cadeira de rodas e da cadeira higiênica como adaptações utilizadas na moradia de clientes portadores de doença crônica, baseado em suas dificuldades. A cadeira de rodas, mesmo sendo um facilitador das tarefas cotidianas e da locomoção, muda a autonomia da pessoa que depende do cuidador para conduzir a cadeira e muda a tarefa de sair de casa, principalmente, para o lazer:

Às vezes ela tenta, mas ela não consegue andar na casa com a cadeira sozinha. (C6)

E sentei aqui na sala com a cadeira, me pusei, foi assim [...] (P5)

{...} que eu ia ficar numa cadeira de rodas, andando pelos outros [...] (P6)

Rudman²⁹ em seu estudo apontou que, a dependência a cadeira de rodas leva a alterações no cotidiano de pessoas após o AVE e de seus cuidadores e as tarefas relacionadas com socialização e lazer parecem ter maior prejuízo, uma vez que podem ser eleitas como não prioridades.

Ressalta-se que os banheiros dos participantes não permitem a entrada e circulação interna adequada para uma cadeira de rodas ou de banho, e mesmo assim, não foi observada nenhuma modificação na infra-estrutura com o intuito de adaptação e promoção de acessibilidade. Porém dois pacientes mudaram para casa de familiares, um para que a filha pudesse cuidar e outro porque apresentava maior dificuldade de locomoção e transferências em seu domicílio.

Persmirvanich et al³⁰ concluíram que a baixa pontuação no Índice de Barthel (escala que avalia a capacidade funcional) e a intolerância ao programa de reabilitação são preditores significativos para a necessidade de adaptações no domicílio dos participantes, o que pode minimizar ou evitar mudanças de endereço. Mudanças que exigem adaptação em um novo lugar ao paciente e uma nova organização familiar, bem como pode depender em custos maiores.

A terceira e última categoria foi o papel das orientações, e pelos discursos, verificou-se que os participantes não receberam orientação ou não lembram sobre o seu conteúdo. Ainda, levaram dúvidas para casa e referiram que o contato com profissionais no domicílio é mais eficiente para ajudar nas rotinas.

E, agora estou com uma fisioterapeuta. Ela esta me ensinando o jeito que deita, que sai da cama e senta na cadeira. (P1)

Ah, para mim não deu não (orientação), só deu para a minha filha. (P2)

Para alguns cuidadores mesmo tendo recebido orientações na alta hospitalar, referem que foram os profissionais no atendimento domiciliar que resolveram problemas com as rotinas, inclusive dúvidas quanto às orientações da alta. Isso demonstra que as orientações no domicílio podem beneficiar mais os pacientes e cuidadores por estarem mais próximas da realidade onde está acontecendo o processo de adaptação. Considerações que reforçam o apoio do atendimento domiciliar à família dos pacientes após o AVC.

Ela falou o que tinha que fazer, como tinha que ser feito. Já em casa logo veio a fisioterapeuta e se não teria sido, mas difícil. (C1)

Eu fiquei muito preocupado com a medicação, mas o médico veio aqui e mudou a medicação. (C7)

A orientação na alta hospitalar, quando houve, foi insuficiente e foram semelhantes ao estudo de Murray et al² que demonstrou que as necessidades dos pacientes e de seus cuidadores ainda são negligenciadas na alta hospitalar. Fujisawa³¹ aponta a orientação fisioterapêutica como estratégia necessária para a prática clínica e Pierce et al³² relata a importância do fisioterapeuta no domicílio para minimizar as dificuldades na nova rotina de pacientes após o AVE e seus cuidadores. O apoio do atendimento multiprofissional no domicílio pode reduzir a inabilidade com as tarefas do cotidiano e de cuidados pessoais, minimizar os obstáculos ambientais e reduzir o isolamento social do paciente e de seu cuidador.^{9,10,33}

O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional podem diagnosticar as barreiras arquitetônicas do domicílio e orientar quanto às medidas padrões e adaptações simples e de custo baixo, para que o ambiente contribua para a independência da pessoa após um AVE. Também pode orientar os cuidados de higiene, vestuário e locomoção com menor esforço para o cuidador e desenvolvendo mais os potenciais do próprio paciente.^{18,21,32}

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar as dificuldades enfrentadas pelas pessoas após o acidente vascular encefálico no retorno ao seu domicílio, dificuldades estas causadas pela redução de sua mobilidade e presença de barreiras arquitetônicas em seus lares, antes consideradas obstáculos transponíveis.

Os anseios dos cuidadores ao se depararem com o desafio de exercer esta função são informações sobre a doença e suas consequências, bem como sobre os cuidados necessários ao paciente nas rotinas do cuidado pessoal.

As cadeiras de rodas e a de banho atuam como facilitadores na execução das atividades básicas da vida diária, porém a presença de barreiras arquitetônicas dificulta ou impede a sua circulação.

A orientação na alta hospitalar e, principalmente, na visita domiciliar pode ser um instrumento relevante no processo de reabilitação, pois a partir dela verificam-se os reais problemas dos pacientes e seus cuidadores.

O conhecimento da dimensão e complexidade da nova realidade vivenciada por estas pessoas, de seus cuidadores, bem como de toda família, permite elaborar um programa de orientações quanto aos cuidados de hi-

giene, vestuário, locomoção e transferências, sobre medidas padrões de acessibilidade e adaptações simples e de custo baixo. Assim as orientações com base na realidade podem contribuir para maior independência destas pessoas, minimizando as dificuldades enfrentadas e habilitando os seus cuidadores familiares ou profissionais na tarefa de cuidar.

Agradecimentos

Agradecemos a Universidade Estadual de Londrina que, por meio do apoio financeiro da bolsa de iniciação científica, facilitou a participação da aluna Alves JF na coleta de dados da pesquisa que originou este artigo.

REFERÊNCIAS

- Greenberg DA, Aminoff MS, Simon RP. Acidente cérebro-vascular. In: Greenberg DA, Aminoff MS, Simon RP. *Neurologia clínica*. Porto Alegre: Artes médicas; 1996. p. 273-306.
- Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet*. 1997; 349(9061):1269-76.
- Benseñor I, Lotufo P. A incidência do acidente vascular cerebral no Brasil [texto na Internet]. São Paulo: How-StuffWorks [citado em 2009 jul 28]. Disponível em: <http://saude.hsw.uol.com.br/avc-epidemiologia5.htm>
- André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
- Bocchi SCM. O papel do enfermeiro como educador junto à cuidadores familiares de pessoas com AVC. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):569-73.
- Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq Neuropsiquiatria*. 2000;58(1):99-106.
- Lui MH, Ross FM, Thompson DR. Supporting family caregivers in stroke care: a review of the evidence for problem solving. *Stroke*. 2005;36(11):2514-22.
- Silva LR. Home care for the chronically ill: a self-care health system. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):618-25.
- Karsch UM. Idosos dependentes: família e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):861-6.
- Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr*. 2004;11(3):106-9.
- Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm da USP*. 2005;39(2):154-63.
- Wachters-Kaufmann CS, Schuling J. Patient information after a stroke: the needs in relation to the different phases. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2004;148(1):4-6.
- Von Koch L, Widen-Holmqvist L, Kostulas V, Almazan J, De Pedro CJ. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm: outcome at six months. *Scand J Rehabil Med*. 2000;32(2):80-6.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas. Acessibilidade e edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - NBR 9050. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.
- Vasconcelos LR, Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006;10(3):494-500.
- Pagliuca LMF, Aragão AEA, Almeida PC. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev Esc Enferm da USP*. 2007;41(4):581-8.
- Souza FR, Peres RF. Análise da acessibilidade e as possíveis dificuldades quanto às barreiras arquitetônicas no ambiente domiciliar de pacientes cadeirantes por esclerose lateral amiotrófica: uma revisão da literatura [monografia]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.
- Valenza T. Home sweet home modification. *Rehab Management*. 2007;20(5):14-9.
- Makay NS. A universal concept. *Rehab Management*. 2006;19(9):14-5.
- Pynoos J, Overton J. A changing environment. *Rehab Management*. 2003;16(2):38-42.
- Mendonça FF, Garanhani M.L, Martins VL. Cuidador familiar de sequelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. *Physis – Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(1):143-58.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
- Manzini EJ. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S. Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel; 2003. p. 11-26.
- Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005.
- Davies PM. Hemiplegia: tratamento para pacientes após AVC e outras lesões cerebrais. São Paulo: Nacional; 2008.
- White CL, Korner-Bitensky N, Rodrigue N, Rosmus C, Sourial R, Lambert S, et al. Barriers and facilitators to caring for individuals with stroke in the community: the family's experience. *Can J Neurosci Nurs*. 2007;29(2):5-12.
- Brito ES, Rabinovich EP. A família também adoce: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. *Interface – Comun Saude Educ*. 2008;12(27):783-94.
- Luce M. Relato de experiência na utilização de novas tecnologias simplificadas de enfermagem na moradia. *Rev Bras Enferm*. 1993;46(3/4):337-42.
- Rudman DL, Hebert D, Reid D. Living in a restricted occupational world: The occupational experiences of stroke survivors who are wheelchair users and their caregivers. *Can J Occup Ther*. 2006;73(3):141-52.
- Permsirivanich W, Piravej K, Kuptniratsaikul V, Juntawises U, Ma-A-Lee A, Tepchatyotin S. Factors Influencing Home Modification of Stroke Patients. *J Med Assoc Thai*. 2009;92(1):46-58.
- Fujisawa DS, Garanhani MR, Capelari EDP, Lima AC. A orientação na prática fisioterapêutica. In: Marquezine MC, Almeida MA, Busto RM, Tanaka EDO. Educação física, atividades motoras e lúdicas e acessibilidade de pessoas com necessidades especiais. Londrina: Eduel; 2003. p. 49-58.
- Pierce LL, Steiner V, Govoni AL, Hicks B, Thompson TLC, Friedemann ML. Internet-based support for rural caregivers of persons with stroke shows promise. *Rehabil Nurs*. 2004;29(3):95-9.
- Pound P, Gompertz P, Ebrahim S. A patient-centred study of the consequences of stroke. *Clin Rehabil*. 1998;12(4):338-47.