Ciências & Cognição 2010; Vol 15 (2): 155-164 <http://www.cienciasecognicao.org> © Ciências & Cognição
Submetido em 13/04/2010 | Aceito em 06/07/2010 | ISSN 1806-5821 – Publicado *on line* em 15 de agosto de 2010

Artigo Científico

Independência funcional e qualidade de vida em pacientes com sequelas neurológicas: a contribuição de um grupo terapêutico interdisciplinar

Functional independence and quality of life in patients with neurological disorders: interdisciplinary therapeutic group's contribution

Suellen Marinho Andrade[a]; Karen Lúcia de Araújo Freitas Moreira[b]; Eliane Araújo de Oliveira[b]; João Batista Oliveira dos Santos[b] e Maria Aparecida Bezerra Quirino[b]

[a]Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Social, Laboratório de Percepção, Neurociências e Comportamento (LPNeC), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil; [b]Departamento de Fisioterapia, UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil

Resumo

O objetivo do estudo foi descrever e analisar o impacto de um programa de tratamento interdisciplinar na independência funcional e qualidade de vida de pacientes com sequelas neurológicas. Os quinze participantes do estudo apresentavam limitações relacionadas a atividades da vida diária, como autocuidados e comunicação, além de encontrarem-se minorados parâmetros como habilidades físicas, energia e relações emocionais, antes da submissão ao programa. Os resultados evidenciaram evolução positiva, após o tratamento, tanto para aspectos funcionais, como para qualidade de vida, sugerindo a eficiência e importância de ações de saúde interdisciplinares. © Cien. Cogn. 2010; Vol. 15 (2): 155-164.

Palavras-chave: interdisciplinaridade; neurologia; grupo terapêutico.

Abstract

The aim of this study was to analyze the performance of a interdisciplinary treatment programs in functional independence and quality of life of patients with neurological disorders. The 15 participants of the study presented related limitations the activities of daily living, as self-care and communication, beyond reduced parameters as physical abilities, energy and emotional relations, before the submission to the program. The results had evidenced positive evolution, after treatment, for functional aspects and quality of life, suggesting the efficiency and importance of action of health interdisciplinary. © Cien. Cogn. 2010; Vol. 15 (2): 155-164.

Keywords: *interdisciplinarity; neurology; therapeutic group.*

✐ - **S.M. Andrade** - *E-mail* para correspondência: suellenandrade@gmail.com. **K.L.A.F. Moreira** - *E-mail* para correspondência: karenfisio2004@yahoo.com.br. **E.A. de Oliveira** - *E-mail* para correspondência: elianeao@gmail.com. **M.A.B. Quirino** - *E-mail* para correspondência: aparecidaq@yahoo.com.br.

1. Introdução

O paciente com sequelas neurológicas apresenta uma série de alterações orgânicas e psíquicas em decorrência da não aceitação da doença e, consequente, não aceitação do seu corpo, visualizado como representante desta condição (O'Sullivan e Schmitz, 2004).

Alterações sensoriais, perda da fala, distúrbios cognitivos, dificuldade em realizar movimentos e distúrbios visuais são alguns dos principais déficits encontrados (Marcotti, 2005). Segundo Terroni e colaboradores (2003), os danos neurológicos podem limitar de modo significativo o desempenho funcional do indivíduo, com consequências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e, sobretudo na qualidade de vida. Para Rezende e colaboradores (2007), as incapacidades funcionais podem minorar a capacidade do indivíduo para realizar tarefas básicas e essenciais do dia-a-dia, interferindo, de modo negativo, no desempenho de regras e papéis sociais.

Devido a estas incapacidades, conjugar uma doença crônica com qualidade de vida tem sido um desafio tanto para profissionais de saúde como para pessoas que vivenciam a doença e seus familiares (Silva *et al*., 2005).

Portanto, as ações em saúde devem criar cenários e procedimentos metodológicos que permitam enfocar uma concepção do homem em sua integralidade, consolidando práticas que utilizem métodos de trabalho nos quais o cotidiano das pessoas adoecidas esteja presente na cena, com base nas experiências delas mesmas, e que dêem sustentabilidade a uma formação em saúde mais reflexiva, integrada, humanizada, possibilitando pensar o homem de modo mais contextualizado, sem dissociar a história da pessoa do seu processo saúde/doença (Silveira e Ribeiro, 2005).

Segundo Saupe e colaboradores (2005), o trabalho em equipe interdisciplinar, no contexto em que o presente estudo se insere, aprecia a complexidade do processo de saúde-doença e sua consequente necessidade de uma ação e visão plural, onde a integralidade em saúde se estabelece pelo respeito às áreas específicas de cada profissional, o que permite ao paciente tornar-se progressivamente independente e alcançar um maior nível de qualidade de vida.

Neste sentido, o presente estudo, teve como objetivo descrever e analisar o impacto de um programa de tratamento interdisciplinar na independência funcional e qualidade de vida de pacientes com sequelas neurológicas.

2. Materiais e métodos

2.1. Causuística

Realizou-se um estudo analítico e longitudinal, cuja população-alvo foi constituída por 15 pacientes, participantes do Grupo Interdisciplinar de Neurologia (G.I.N.), programa de Extensão Universitária, desenvolvido em uma Clínica-Escola, que atende indivíduos com diversas sequelas neurológicas, nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia. Os pacientes inseridos neste estudo foram acompanhados desde a avaliação inicial e durante 12 meses de sessões de tratamento. Foram os excluídos do estudo indivíduos com incapacidade de completar a entrevista e avaliação, decorrente de grave afasia, disfunções psiquiátricas, ou uso de medicamentos.

Para sua execução, o estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Os pacientes participantes assinaram um termo de consentimento autorizando a realização e a publicação do estudo. Foi respeitada a autonomia e a garantia do anonimato dos participantes, assegurando sua privacidade quanto a dados

confidenciais, como rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios da Declaração de Helsinki e de suas emendas.

2.2. Parâmetros avaliados

Os pacientes foram submetidos a uma avaliação, no início e ao final do estudo, a partir da aplicação de um questionário, dividido em três partes: parte um, contendo dados demográficos envolvendo sexo, idade, tipo e tempo da patologia neurológica envolvida, dificuldade para falar e deambular; parte dois, aplicação do questionário Perfil de Saúde de Notthingham (PSN), que avalia qualidade de vida; parte três, análise do grau de independência funcional, segundo a Medida de Independência Funcional (Scattolin *et al*., 2007).

O Perfil de Saúde de Notthingham (PSN), um indicador simples e direto da percepção do indivíduo com relação a sua saúde física, emocional e social, foi utilizado para avaliar a qualidade de vida. O questionário contém 38 questões, com alternativas sim/não de respostas, envolvendo 6 domínios: habilidade física, nível de energia, dor, reações emocionais, isolamento social e qualidade de sono. Quanto menor a pontuação (um ponto para cada resposta "sim"), melhor a percepção do indivíduo de sua qualidade de vida, sendo o escore 0 indicador de saúde perfeita (Cassiano *et al*., 2005).

A Medida de Independência Funcional (MIF), empregada para avaliação da independência funcional, verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes às subescalas de autocuidados, controle esfincteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência de 7 níveis, sendo o valor 0 correspondente à dependência total e o valor 7 correspondente à normalidade na realização de tarefas de forma independente (Riberto *et al*., 2001).

Os pacientes selecionados passaram por uma avaliação clínica individual, realizada por cada profissional envolvido, no início do estudo e repetida semestralmente. A partir destas avaliações, realizaram-se reuniões entre os profissionais para discussão dos casos de cada paciente e planejamento das ações.

O preenchimento dos instrumentos de coleta de dados foi realizado pela equipe de profissionais envolvidos, tanto para evitar erros de interpretação, como porque a maioria dos pacientes possuía dificuldades para ler/escrever.

2.3. Protocolo de tratamento

A equipe interdisciplinar foi composta por duas fisioterapeutas, um psicólogo, duas fonoaudiólogas e um nutricionista. As atividades foram desenvolvidas duas vezes por semana, durante sessenta minutos.

A cada semana, foi escolhida uma temática e realizado um rodízio entre os coordenadores das atividades nas respectivas sessões, para que cada profissional tivesse a possibilidade de preparar e coordenar as atividades, executando-as com o auxílio dos demais terapeutas. O protocolo de cada área de tratamento encontra-se exemplificado na tabela 1.

Ao final de cada semestre, realizou-se uma avaliação global, nos âmbitos da fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e nutrição, para verificação dos resultados obtidos. Como os pacientes do grupo apresentavam um leque diverso de incapacidades, a atuação conjunta dos profissionais envolvidos voltou-se para restabelecimento da independência e re-inserção social dos indivíduos tratados.

Profissional Responsável	Protocolo de Atividades
Fisioterapeuta	Alongamento global para membros superiores, tronco e membros inferiores Exercícios envolvendo treino de equilíbrio e marcha, coordenação, controle e ajuste postural, atividades básicas do dia-a-dia
Psicólogo	Dinâmicas de Grupo e Terapia em Grupo, com Abordagem Centrada na Pessoa
Nutricionista	Palestras, discussões sobre dietas e orientações alimentares relacionadas com afecções neurológicas
Fonoaudiólogo	Dinâmicas de Grupo e Exercícios para Controle da Fala e Melhora da Comunicação

Tabela 1 – Descrição das atividades executadas pelos terapeutas durante as sessões de tratamento.

2.4. Análise estatística

Para caracterizar os dados clínicos demográficos da amostra foi utilizada a análise descritiva. Empregou-se o teste de Wilcoxon e correlação de Spearman para analisar a inter-relação entre estes dados e os escores obtidos no MIF e no PSN, como também para comparar os dados obtidos no início e no final da intervenção em relação à independência funcional e a qualidade de vida dos pacientes.

Foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para tabulação dos dados, utilizou-se o software SPSS®, versão 11.2 para Windows.

3. Resultados

3.1. Análise Sócio-Demográfica

A amostra incluiu 15 indivíduos (53 ± 11,6 anos), sendo 53,4% do sexo masculino e 46,6% do sexo feminino. As doenças neurológicas apresentadas pelos pacientes foram: acidente vascular encefálico (80%), traumatismo crânio-encefálico (13,4%) e impressão basilar (6,6%). O tempo em que ocorreu a injúria, contado regressivamente até o início do programa terapêutico, foi classificado em 3 categorias assim distribuídas entre os pacientes: até um ano (6,6%), de 1 a 5 anos (40,0%), acima de 5 anos (53,4%).

3.2. Independência funcional

Conforme demonstrado na tabela 2, ao ser analisada a independência funcional segundo a MIF, quanto às medidas pré e pós-tratamento, observou-se evolução positiva principalmente em relação a controle esfincteriano ($p = 0,026$), transferências ($p = 0,012$), além de locomoção e cognição social ($p = 0,008$).

A MIF pode ser interpretada pelos seus subescores, os quais mostraram que antes do tratamento apenas 3 de um total de 15 pacientes apresentavam independência completa/modificada. Já após o tratamento, os pacientes classificaram-se em apenas duas categorias: dependência modificada, com assistência até 25% para execução da tarefa (6,6%) e independência modificada/completa (94%), como pode ser observado na tabela 3.

Ciências & Cognição 2010; Vol 15 (2): 155-164 <http://www.cienciasecognicao.org> © Ciências & Cognição
Submetido em 13/04/2010 | Aceito em 06/07/2010 | ISSN 1806-5821 – Publicado *on line* em 15 de agosto de 2010

Dimensões (Min - Max)	Média Pré-	Média Pós-	Teste de Wilcoxon Pré - Pós
Autocuidados (6 - 42)	21,09 ± 11,60	21,09 ± 11,60	P = 1,000
Controle Esfincteriano (2 -14)	09,00 ± 05,63	13,36 ± 01,12	P = 0,026
Transferências (2 - 14)	10,91 ± 07,34	19,18 ± 02,18	P = 0,012
Locomoção (3 - 21)	07,82 ± 04,99	12,13 ± 01,19	P = 0,008
Comunicação (2 - 14)	11,64 ± 03,85	18,18 ± 02,56	P = 0,066
Cognição Social (3 - 21)	13,55 ± 01,21	73,27 ± 31,01	P = 0,008
Total (18 -126)	12,82 ± 04,85	114,45 ± 10,44	P = 0,003

Tabela 2 – Medida de Independência Funcional (MIF), pré- e pós-tratamento (N = 15).

Sujeitos	Antes Pontuação	Antes Classificação	Depois Pontuação	Depois Classificação
1	41	Dependência Modificada	93	Dependência Modificada
2	41	Dependência Modificada	113	Independência/Modificada
3	18	Dependência Completa	104	Independência/Modificada
4	90	Dependência Modificada	111	Independência/Modificada
5	100	Dependência Modificada	121	Independência/Modificada
6	45	Dependência Modificada	126	Independência/Modificada
7	91	Dependência Modificada	126	Independência/Modificada
8	106	Independência/Modificada	122	Independência/Modificada
9	84	Dependência Modificada	124	Independência/Modificada
10	106	Independência/Modificada	110	Independência/Modificada
11	84	Dependência Modificada	109	Independência/Modificada
12	109	Independência/Modificada	121	Independência/Modificada
13	111	Independência/Modificada	124	Independência/Modificada
14	45	Dependência Modificada	104	Independência/Modificada
15	91	Dependência Modificada	126	Independência/Modificada

Tabela 3 - Pontuação e independência funcional, segundo MIF, antes e após o tratamento (N = 15).

3.3 Qualidade de vida

Após a intervenção terapêutica, foi observada melhoria na qualidade de vida, segundo PSN, principalmente em relação às categorias energia, habilidades físicas e relações emocionais ($p<0,05$). Foi verificado que os pacientes apresentaram evolução em todos os domínios, sugerindo melhor percepção destes indivíduos sobre sua qualidade de vida, conforme demonstrado na tabela 4.

Domínios	Pré Tratamento		Pós Tratamento		Z	P
	Média Padrão	Desvio	Média Padrão	Desvio		
Habilidades Físicas	69,22	31,2	34,50	29,2	-2,395	0,017
Isolamento Social	33,11	27,4	27,98	29,3	-0,560	0,575
Relações Emocionais	48,76	29,0	18,81	26,3	-2,499	0,008
Dor	43,48	29,6	16,03	22,6	-2,666	0,012
Sono	40,24	29,5	23,39	30,5	-2,386	0,017
Energia	58,10	47,5	15,90	27,8	-2,113	0,035

Tabela 4 - Valores pré- e pós- tratamento dos escores obtidos para qualidade de vida (N = 15).

3.4. Correlação entre as variáveis do estudo

Não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, tempo do evento, qualidade de vida e independência funcional.

Contudo, foi observada correlação positiva, segundo teste de Spearman, entre variáveis relacionadas à independência funcional tanto antes (transferências x autocuidado, sendo r: 0,891; transferências e locomoção, sendo r: 0,861; locomoção e autocuidado, sendo r: 0,817), como depois do tratamento (transferências x autocuidado, sendo r: 0,891; transferências e locomoção, sendo r: 0,766), onde $p<0,05$.

Quanto à qualidade de vida, também houve correlação positiva, conforme teste de Spearman, entre as categorias sono e relações emocionais (r: 0711 e r: 0,619), e sono e habilidades físicas (r: 0,624 e 0,897), antes e após o tratamento, onde $p<0,05$.

4. Discussão

No contexto do Projeto "Grupo Interdisciplinar de Neurologia", buscou-se neste trabalho verificar a apresentação das variáveis relacionadas à independência funcional e qualidade de vida de pacientes, com sequelas neurológicas, ao término do programa terapêutico interdisciplinar.

O indivíduo com disfunções neurológicas possui características inerentes à própria personalidade, além das adquiridas pós-disfunção, visto que ocorrem mudanças de grande impacto na vida das pessoas recém incapacitadas fisicamente (Umphred, 2004).

No presente estudo, verificou-se que a habilidade para realização de tarefas básicas ou complexas do dia-a-dia encontra-se minorada pela afecção neurológica. O impacto da doença pode provocar extensas modificações na vida dos envolvidos, como verificado no estudo de Edwards e colaboradores (2006), onde cerca de 90%, dos 771 pacientes analisados, apresentaram alterações durante atividades da vida diária, laborais e recreativas, além de diminuição do grau de satisfação com a vida, após o evento neurológico.

A evolução funcional, observada em algumas categorias - transferências, locomoção, cognição social - associada à diminuição da assistência durante as atividades de vida diária, apresentada pela maior parte dos pacientes, foram alguns dos resultados também encontrados por García-Manzanares e colaboradores (2006) no seu estudo sobre independência funcional em pacientes com sequelas neurológicas, inseridos em programa terapêutico multidisciplinar, onde os indivíduos tratados apresentaram aumento da funcionalidade, segundo MIF de

110.4±10.6 para 124.3±3.5, relacionado a uma melhora efetiva em parâmetros concernentes à qualidade de vida, como aspectos físicos e autopercepção sobre sua saúde.

León-Carrión e colaboradores (2001) corroboram que o tratamento para os pacientes com algum tipo de incapacidade deve abarcar desde uma aproximação unitária, até uma ação integradora e multidisciplinar para que a reabilitação alcance sua máxima potencialidade. Em seu trabalho envolvendo pacientes com sequelas neurológicas, a redução da incapacidade deixada pela doença alcançou valores superiores a 70% em pontos importantes, havendo redução, após tratamento com equipe interdisciplinar, em déficits relacionados à habilidade funcional, função cognitiva, aspectos emocionais e comportamentais.

Calzada-Sierra e Gómez-Fernández (2001) também observaram significativa associação entre três categorias da MIF - transferências, locomoção e autocuidado - antes e após a participação em tratamento multidisciplinar. A análise detalhada destes três domínios pode explicar os dados encontrados. O domínio transferência indicará o grau de mobilidade do indivíduo para deslocar-se no ambiente. A locomoção avalia a deambulação e movimentação do paciente através de vários meios, como escadas e superfícies planas. Finalmente, o auto-cuidado gradua a independência do avaliado para alimentar-se, tomar banho, realizar higiene, usar o vaso sanitário e vestir-se. Portanto, acredita-se que uma vez que as três categorias acima mencionadas interferem no grau de independência dos indivíduos, isso possa ser determinado por uma associação e interferência de necessidades funcionais comuns aos três domínios para execução das atividades de vida diária.

Em relação à qualidade de vida, a maioria dos estudos envolvendo pacientes com sequelas neurológicas demonstra como gravemente a doença tem impacto negativo na vida destas pessoas (Abreu *et al*., 2005; Teixeira-Salmela *et al.*, 2005).

Em estudo realizado por Lana e colaboradores (2007), com indivíduos portadores de deficiências neurológicas, observou-se que as dimensões relacionadas aos aspectos físicos prejudicam a qualidade de vida dos pacientes, partindo-se do pressuposto de que muitos dos sinais e sintomas apresentados são motores e que os mesmos, somados ao sedentarismo e ao isolamento social, deprimem a percepção positiva do sujeito sobre sua vida.

Neste estudo, após a intervenção multidisciplinar os pacientes apresentaram melhora da percepção sobre sua vida, o que denota fator positivo em relação à auto-imagem que o indivíduo faz de si e o modo como ele passa a enxergar sua condição de saúde. Conforme apontam Rogers e Kinget (1977), o indivíduo tem a capacidade, inata ou manifesta, de conhecer a si mesmo e a suas necessidades, enfrentando seus problemas e alcançando a resolução adequada para eles. Segundo os autores, o que é verdadeiramente importante não é se a condição é perfeita ou positiva, mas sim como o indivíduo a percebe. De modo semelhante, não se trata do eu, como existe na realidade, mas sim do eu percebido e sentido pelo indivíduo.

A evolução dos domínios aspectos físicos, energia e relações emocionais do presente trabalho após atenção multidisciplinar correlacionam-se aos dados encontrados por O'Connor e colaboradores (2005), como também por Chard (2006), ao analisarem programas multidisciplinares com pacientes portadores de disfunções neurológicas.

Segundo Moreira e colaboradores (2006), a intervenção multidisciplinar proporciona melhorias efetivas em parâmetros como relações emocionais, isolamento social e energia. Em seu estudo, os pacientes submetidos a tratamento em grupo, com vários profissionais de saúde envolvidos, apresentaram evolução para realização de atividades da vida diária (vestir-se, comer, escovar os dentes), para expressar seus sentimentos e expectativas em relação ao grupo e à sua vida, havendo também devolução da auto-estima, diminuição da dependência de outrem para execução de algumas tarefas e a partilha com o grupo sobre suas dificuldades e suas metas de realização, vendo neste outro alguém também participante de dificuldades. De

acordo com os autores, tais resultados representam um mecanismo de retirada da marginalização pessoal e social que o paciente neurológico se insere; enquanto ele resgata a si mesmo, a comunidade, o acolhe e o integra em funções sociais que haviam sido perdidas; há a retomada da dignidade, enquanto ser social e enquanto indivíduo.

Correlações entre os domínios sono, relações emocionais e aspectos físicos foram encontradas na presente análise. A qualidade do sono pode interferir no desempenho do indivíduo durante suas atividades, na percepção que ele tem sobre seu grau de energia e disposição para execução das tarefas, como também nas relações sociais, uma vez que o sono desempenha diversas funções que repercutem no bem estar físico e mental dos indivíduos, e na vigília, sendo de extrema importância para as diversas fases do desenvolvimento e necessário para a manutenção da saúde (Alves *et al*., 2005). Karlsen e colaboradores (1999), ao avaliar a qualidade de vida de pacientes com deficiências neurológicas, verificaram que o impacto da saúde relacionada à qualidade de vida estava associado a níveis consideráveis de insônia, atrelados à diminuição da independência e à autopercepção de baixos níveis de energia para execução de tarefas cotidianas.

O trabalho em grupo, neste estudo, permitiu a ampliação do alcance terapêutico, reconhecendo os pacientes como seres multifacetados, respeitando suas diferenças e necessidades. Compartilhando os saberes, a experiência de enriquecimento atingiu os participantes e os profissionais, semelhante ao assinalado por Leite e Behar (2005), em sua pesquisa envolvendo a construção coletiva em um grupo interdisciplinar, quando afirmam que o sujeito e o objeto estão inseridos em um processo de trocas e significações, baseadas na permuta dos saberes pelos participantes, neste caso de um grupo terapêutico, por meio do confronto de opiniões, discussão de idéias e ampliação de paradigmas. Apesar dos benefícios encontrados neste estudo com a intervenção interdisciplinar, mais estudos contemplando este tema se fazem necessários, utilizando amostras maiores e grupos controles.

5. Conclusão

O trabalho multiprofissional, com atuação interdisciplinar, visou oferecer aos pacientes estratégias terapêuticas não focalizadas em apenas isolar habilidades, fundamentadas na separação cartesiana mente/corpo, que limita o indivíduo e mascara suas potencialidades. A atuação conjunta de todos os profissionais envolvidos permitiu que os pacientes se tornassem mais independentes, adquirindo um maior nível de qualidade de vida, diminuindo suas limitações e aumentando suas capacidades a partir dos ganhos psicossociais e funcionais; além de aderir a um modelo comunitário, promotor da saúde, preventivo e configurado com a participação ativa das pessoas tratadas.

6. Referências bibliográficas

Abreu, I.; Forlenza, O. e Barros, H. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. Psiq. Clín.,* 32 (3), 131-136.

Alves, R.; Fontes, S.; Carvalho, L. e Prado, G. (2005). Qualidade do sono em indivíduos com traumatismo raquimedular. *Rev. Neurociencias,* 13(4), 178-182.

Calzada-Sierra, D. e Gómez-Fernández, L. (2001). Importancia del tratamiento rehabilitador multifactorial en la esclerosis lateral amiotrófica. *Rev. Neurol,* 32(5), 423-426.

Cassiano, J.; Dias, J.; Teixeira-Salmela, L.; Pereira, G. e Magalhães, C. (2005). Promovendo saúde e qualidade de vida em adultos maduros e idosos. Em: Pró-Reitoria de Extensão (Org.), *Anais, 8° Encontro de Extensão da UFMG* (pp.1-6). Belo Horizonte: Pró-Reitoria de Extensão, UFMG.

Chard, S. (2006). Community neurorehabilitation: a synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx.*, 3(4), 525-534.
Edwards, D.; Harn, N.; Baum, C. e Dromerick, A. (2006). The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. *J Stroke Cerebrovasc Dis*., 15(4), 151-157.
García-Manzanares, M.; Tornero, D.; Sunyer, M.; Plou, M. e Limón, R. (2006). Factores psicosociales y calidad de vida en la rehabilitación médica. *Rev. Mex. Med. Fis. Rehab*., 18(1), 11-17.
Karlsen, K.; Larsen, J.; Tandberg, E. e Maeland, J. (1999). Influence of clinical and demographic variables on quality of life in patients with Parkinson's disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 66, 431-435.
Lana, R.; Álvares, L.; Nasciutti-Prudente, C.; Goulart, F.; Teixeira-Salmela, L. e Cardoso, F. (2007). Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. *Rev. bras. fisioter*., 11(5), 397-402.
Leite, S. e Behar, P. (2005). A construção coletiva num grupo interdisciplinar: um estudo de caso na equipe projetista do ROODA/UFRGS. Em: Rede Iberoamericana (Org.), *Anais, IV Encontro Ibero-Americano de coletivos escolares e redes de professores que fazem investigação na sua escola* (pp.1-6). Lajeado: Rede Iberoamericana, UNIVATES.
León-Carrión, J.; Machuca-Murga, F.; Murga-Sierra, M. e Domínguez-Morales, R. (2001). Eficacia de un programa de tratamiento intensivo, integral y multidisciplinar de pacientes con traumatismo craneoencefálico: Valores médico-legales. *Rev. Neurol*., 33(4), 377-383.
Marcotti, A. (2005). *Estudo dos efeitos da dominância hemisférica cerebral esquerda sobre o acidente vascular encefálico através de três escalas de funcionalidade*. Monografia de Conclusão de Curso, Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR.
Moreira, K.; Andrade, S.; Macedo, G. e Moraes, L. (2006). Grupo Interdisciplinar de Neurologia - GIN. Em: Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão (Org.), *Anais, 3° Congresso Brasileiro de Extensão Universitária* (pp.1-7). Florianópolis: Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão, Universidade Federal de Santa Catarina.
O'Connor, R.; Cassidy, E. e Delargy, M. (2005). Late multidisciplinary rehabilitation in young people after stroke. *Disabil Rehabil.*, 2 (3), 111-116,.
O´Sullivan, S. e Schmitz, T. (2004). *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*. São Paulo: Manole.
Rezende, M.; Cunha, C.; Silva, A. e Sousa, S. (2007). Rede de Relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciências & Cognição*, 10, 164-177.
Riberto, M.; Miyazaki, M.; Filho, D.; Sakamoto, H.; Battistela, L. (2001). Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, 8(1), 45-52. Disponível em http://www.cienciasecognicao.org
Rogers, C. e Kinget, G. (1977). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva*. Belo Horizonte: Interlivros.
Saupe, R.; Cutolo, L.; Wendhausen, A. e Benito, G. (2005). Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface — Comunic., Saúde, Educ*., 9(18), 521-536.
Scattolin, F; Diogo, M e Colombo, R. (2007). Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence in elderly with heart failure. *Cad. Saúde Pública*, 23(11), 2705-2715.
Silva, D.; Souza, S; Francioni, F. e Meirelles, B. (2005). Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13(1), 7-14.
Silveira, L. e Ribeiro, V. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface — Comunic., Saúde, Educ.*, 9(16), 91-104.

Teixeira-Salmela, L.; Faria, C.; Guimarães, C. ; Goulart, F.; Parreira, V.; Inácio, E. e Alcântara, T. (2005). Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. *Rev. bras. fisioter*., 9(3), 347-353.
Terroni, L.; Leite, C.; Tinone, G. e Fráguas, R. (2003). Depressão pós-AVC: Fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 49(4), 450-459.
Umphred, D. A. (2004). *Reabilitação Neurológica*. São Paulo: Manole.