

## PERFIL DE CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Tatiana Ferreira da Costa <sup>1</sup>  
Kaisy Martins de Albuquerque Madruga <sup>2</sup>  
Ana Luísa Fernandes Vieira Melo <sup>3</sup>  
Cecília Alexandrina de Farias Pontes <sup>4</sup>  
Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa <sup>5</sup>

### RESUMO

O acidente vascular encefálico pode acarretar sequelas que levam a dependência terceiros, que maioria das vezes, recaí para uma pessoa, chamada cuidador principal. O objetivo desse estudo é traçar o perfil sociodemográfico e de saúde de cuidadores de pessoas idosas com sequelas de acidente vascular encefálico. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo realizado com 151 cuidadores. Os dados foram coletados entre os meses de setembro e dezembro de 2017 por meio de entrevistas nos domicílios, utilizando-se instrumento semiestruturado. A análise se deu através da estatística descritiva. O projeto foi aprovado sob parecer de nº1.133.104. A maioria (78,1%) era do sexo feminino, com idade entre 56 e 65 anos (27,8%), casados (as) ou em união estável (65,6%), 5 a 8 anos de estudos (27,2%), religião católica (60,9%), renda individual de até R\$ 880,00 (44,4%), renda familiar entre R\$ 881,00 e R\$ 1760,00 (41,7%), tipo de renda principal era aposentadoria (32,5%), não consideravam a renda suficiente (58,3%), a maioria não fuma (86,8%), não consome bebidas alcoólicas (85,4%), não pratica atividade física (74,2%) e se sentiam cansados as vezes (50,3%), não participavam de atividades de lazer (53%), dos que participavam a frequência era semanal (17,9%) e referiram ao próprio estado de saúde como regular (61,6%). Os achados desse estudo podem subsidiar a elaboração de estratégias que minimizem os efeitos negativos do cuidado na vida cuidador.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Cuidadores; Perfil de Saúde; Envelhecimento.

### INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) configura-se como a terceira causa de morte no mundo antecedida apenas pelas cardiopatias e pelo câncer (BRASIL, 2016). É resultante de uma interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo, acarretando danos neurológicos. É A

---

<sup>1</sup> Professora adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE: Doutora pelo o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [tatxianaferrreira@hotmail.com](mailto:tatxianaferrreira@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutora pelo o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [kaisyjp@hotmail.com](mailto:kaisyjp@hotmail.com)

<sup>3</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [luisa.vieira.fm@gmail.com](mailto:luisa.vieira.fm@gmail.com)

<sup>4</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [ceeci.alx@gmail.com](mailto:ceeci.alx@gmail.com)

<sup>5</sup> Professora Orientadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB: Doutora pela Universidade Federal do Ceará - UFC, [katianeyla@yahoo.com.br](mailto:katianeyla@yahoo.com.br);

principal causa de incapacidade a longo prazo, sendo que os pacientes acometidos sobrevivem em média de um a oito anos após o evento e a maioria experimenta diferentes graus de deficiência crônica afetam as Atividades da Vida Diária (AVD) (PELICIONE et al., 2016).

No Brasil, o AVE é a primeira causa de mortalidade e incapacidade. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, foram registradas 695.521 internações por AVE, no período de 2010 a 2016, com incidência maior em pessoas com idades entre 70 e 79 anos, do sexo masculino e de raça branca (BRASIL, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 37% dos pacientes apresentam alterações discretas; 16%, incapacidade moderada; 32% alteração intensa ou grave da capacidade funcional, e alguns dependem de cadeira de rodas ou ficam restritos ao leito. Somente 15% dos pacientes não apresentam prejuízo na capacidade funcional (WHO, 2010). Pesquisa realizada no domicílios dos pacientes, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), identificou que 25,5% dos pacientes que tiveram AVE apresentavam limitações intensas (BRASIL, 2013).

A principais sequelas do AVE são: hemiplegia, disfagia, paralisção facial, fraqueza muscular, déficits de sensibilidade, alterações visuais, afasia, dispraxia oral e dispraxia de fala, disatria e déficit cognitivo, que restringe a capacidade de o paciente fazer as atividades de vida diária (AVD's) (BRASIL, 2013). Além das alterações físicas, outras sequelas psíquicas como depressão tem sido vivenciada por esses pacientes (VISSER et al., 2014; PLOW et al., 2017).

Após a alta, os pacientes frequentemente ficam dependentes do cuidado de outras pessoas, que pode ser realizado por um profissional chamado de cuidador formal ou por um cuidador informal (ARAÚJO, 2014). Este último é o que oferece cuidados sem remuneração, e geralmente é realizado por membros familiares - cônjuges, filhos adultos, outros parentes ou vizinhos e amigos - que podem ou não morar no mesmo domicílio do paciente. (PEREIRA, 2013).

Comumente somente uma pessoa assume a responsabilidade integral do cuidado, sendo portanto, muito importante na reabilitação e integração no cenário familiar e no social, além do que, suas intervenções realizadas por eles são relevantes para evitar reinternações hospitalares e institucionalização (ARAÚJO, 2014). Entretanto, se não houver um preparo para cuidar, poderá dificultar o engajamento de comportamentos saudáveis do paciente, além de se sobrecarregar (CAPISTRANT, 2016; PLOW et al., 2017).

Nesse contexto, o cuidador apresenta necessidades peculiares para manter o seu bem-estar e uma vida saudável, recebendo cuidados e orientações em saúde, para que, dessa forma, possa ofertar cuidados ao familiar necessitado. Nesse sentido, torna-se relevante o

profissional de saúde conheça suas necessidades, trace metas e implemente ações no sentido de minimizar os aspectos negativos do processo de cuidar. Assim, o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil sociodemográfico e de saúde de cuidadores de pessoas idosas com sequelas de AVE.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal com abordagem quantitativa, realizada com cuidadores informais de idosos com AVE cadastrados nas Unidades Saúde da Família (USFs) do município de João Pessoa.

O cálculo da amostra foi baseado no quantitativo de pessoas acometidas por AVE que eram cadastradas nas USFs do município, durante o ano de 2016, totalizando 249 indivíduos. O tamanho da amostra foi definido utilizando-se o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo-se como base margem de erro de 5% (erro=0,05), com grau de confiabilidade de 95% ( $\alpha=0,05$ , que fornece  $Z_{0,05/2}=1,96$ ), considerando-se a proporção verdadeira como 50% ( $p=0,50$ ) para sequelas, resultando em uma amostra de 151 cuidadores, os quais foram selecionados de forma proporcional ao quantitativo de indivíduos em cada unidade e distrito.

Os critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e ser cuidador informal primário de pacientes com sequela de AVE, cadastrados em USF de João Pessoa-PB. Foram excluídos os cuidadores formais e informais secundários ou terciários e cuidadores de pacientes que apresentavam sequelas sucedidas de outras alterações da saúde.

Os dados foram coletados no período de Setembro de 2017 à Dezembro 2017 por meio de entrevistas individuais, realizadas nos domicílios. No primeiro momento, foi realizada uma seleção aleatória de algumas USFs de cada distrito, entrou-se em contato com os apoiadores e os enfermeiros de cada Unidade, solicitando, por meio dos registros, os pacientes que sofreram AVE e apresentavam sequela, identificando seus cuidadores. A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora com acompanhamento de um agente de saúde.

Foram coletados os seguintes dados sociodemográficos: faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, renda individual, renda familiar e origem da renda. Em relação aos hábitos de vida e situação de saúde foram coletados os seguintes dados: tabagismo,

ingestão de álcool, realização de atividade física, atividades de lazer, estado de saúde autorreferido

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica, estruturada no Programa Microsoft Excel, com dupla digitação, visando garantir a confiabilidade na compilação dos dados. Em seguida, foram organizados, codificados, importados e processados pelo aplicativo Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows, versão 22.0, sendo analisados por estatística descritiva.

No que diz respeito aos procedimentos éticos e legais, para a realização de pesquisas com seres humanos, foram cumpridos todos os requisitos preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), sob parecer 1.133.104 e CAAE: 45808015.4.0000.5188. Sendo respeitado o princípio da autonomia e sigilo, principalmente no que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento indispensável para que se possa realizar pesquisas que envolvem seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 151 cuidadores de pacientes com sequela de AVE que participaram do estudo, a maioria 118 (78,1%) era do sexo feminino, com idade entre 56 e 65 anos (42; 27,8%), casados (as) ou em união estável (99; 65,6%), com 5 a 8 anos de estudos (41; 27,2%), religião católica (92, 60,9%), com renda individual de até R\$ 880,00 (67; 44,4%), renda familiar entre R\$ 881,00 e R\$ 1760,00 (63; 41,7%), tipo de renda principal era aposentadoria (49; 32,5%), e não consideravam a renda suficiente (88; 58,3%).

**Tabela 1.** Resultados descritivos das variáveis sócio demográficas dos participantes do estudo. João Pessoa-PB. Brasil, 2017. (n=151)

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	33	21,9
Feminino	118	78,1
<b>Faixa etária</b>		
18 – 29 anos	9	6,0
30 – 42 anos	33	21,9
43 – 55 anos	41	27,2

36 – 65 anos	42	27,8
66 – 80 anos	19	11,3
Maior ou igual a 81 anos	7	6,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	38	25,2
Casado ou união estável	99	65,6
Viúvo	5	3,3
Divorciado	9	6,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	9	6,0
Alfabetizado	21	13,9
1 – 4 anos de estudo	22	14,6
5 – 8 anos de estudo	41	27,2
9 – 11 anos de estudo	30	19,9
12 ou mais anos de estudo	28	18,5
<b>Religião</b>		
Católica	92	60,9
Evangélica	42	27,8
Espírita	2	1,3
Ateu	1	0,7
Não tem religião	14	9,3
<b>Renda individual</b>		
Nenhuma	36	23,8
Até R\$ 880	67	44,4
De R\$ 881 – R\$ 1.760	29	19,2
De R\$ 1.761 – R\$ 2.640	11	7,3
De R\$ 2.641 – R\$ 3.520	6	4,0
De R\$ 3.521 – R\$ 4.400	1	0,7
Mais de R\$ 4.401	1	0,7
<b>Renda familiar</b>		
Até R\$ 880	30	19,8
De R\$ 881 – R\$ 1.760	63	41,7
De R\$ 1.761 – R\$ 2.640	33	21,9
De R\$ 2.641 – R\$ 3.520	10	6,6
De R\$ 3.521 – R\$ 4.400	7	4,6
Mais de R\$ 4.401	8	5,3
<b>Tipo de renda</b>		
Aposentadoria	49	32,5
Trabalho formal	32	21,2
Pensão	9	6,0
Doação – Família, amigos, instituição	1	0,7
Outras	30	21,2
Não informado	28	18,5
<b>Renda é suficiente</b>		

	58	38,4
Não	93	61,6
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Esse estudo evidenciou que a maior parte dos cuidadores era do sexo feminino. Esse resultado é atribuído à cultura tradicional e social, em que geralmente as mulheres recebem a responsabilidade do cuidado das pessoas idosas e com deficiência em uma família. Embora, se observe uma transformação na sociedade e na composição familiar em relação aos papéis das mulheres, com a sua inclusão no mercado de trabalho, o ato de cuidar ainda recai nas mulheres, devido ao repertório simbólico construído pela sociedade (MENON et al., 2017).

A faixa etária de 56 a 65 anos foi a mais alta. Esse resultado foi semelhante ao de outros estudos (GANAPATHY et al., 2015; SIMEONE et al., 2016). Essa faixa etária também inclui idosos, o que pode ser justificado pelo fenômeno da transição demográfica ocorrida no Brasil, com o aumento do envelhecimento populacional. Em pesquisas com idosos que cuidam de idosos, evidenciou-se a presença de fragilidade, depressão, comorbidades e dependência para AVDs, fato que pode prejudicar o cuidado (SANTOS-ORLAND et al., 2017).

Em relação ao estado civil, houve maior número de cuidadores casados ou em união estável, assim como é mostrado na literatura (COSTA et al., 2016; SILVA et al., 2016). No que concerne a escolaridade, a maioria tinha de cinco a oito anos de estudo. É importante conhecer o nível de escolaridade dos cuidadores para distinguir a forma de transmitir as informações e orientações (ARAÚJO et al., 2015). O baixo grau de escolaridade pode influenciar a qualidade da assistência realizada pelos cuidadores, uma vez que atividades como banho no leito, administração de medicamentos, aspiração traqueal, dieta enteral via sonda e oxigenoterapia, por exemplo, não só exigem destreza manual como também conhecimentos específicos (CARVALHO et al., 2015).

A maioria dos cuidadores eram da religião católica. A religião é uma estratégia importante como suporte emocional/social para os que cuidam de outra pessoa (NOBRE et al., 2015), uma saída para as dificuldades que precisam vivenciar em seu cotidiano (PINTO; BARHAM, 2014).

Em relação à renda, a maior parte dos cuidadores referiu que recebe entre R\$ 881 e R\$ 1.760, provenientes, predominantemente, de aposentadoria, e renda família entre R\$ 881 – R\$ 1.760. Mais da metade disse que essa renda é insuficiente em relação aos custos. O impacto causado pela doença reflete diretamente nas dimensões referentes à sobrecarga financeira

familiar (SILVA et al., 2016), uma vez que é inevitável adquirir materiais e equipamentos em saúde adequados, quase todos de alto custo para suprir as necessidades do familiar dependente.

Acerca dos hábitos de vida e situação de saúde dos cuidadores primários a maioria não fuma (132; 86,8%) e também não fumou no passado (93; 61,6%), não consome bebidas alcoólicas (131; 85,4%) e não consumiu no passado (94; 61,6%). Os cuidadores alegaram não praticar atividade física em sua maioria (113; 74,2%) e se sentiam cansados as vezes (77; 50,3%), não participavam de atividades de lazer (77; 53%), com frequência de atividades de lazer semanal (81; 17,9%) e referiram ao próprio estado de saúde como regular (94; 61,6%).

**Tabela 2.** Resultados descritivos das variáveis dos hábitos de vida e estado de saúde dos participantes do estudo. João Pessoa-PB. Brasil, 2017. (n=151)

Variáveis	N	%
<b>Tabagismo</b>		
Sim	19	12,6
Não	132	87,4
<b>Já fumou</b>		
Sim	54	35,8
Não	93	61,6
Não informado	4	2,6
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>		
Sim	20	13,2
Não	131	86,8
<b>Já consumiu bebidas alcoólicas</b>		
Sim	54	35,8
Não	94	62,3
Não informado	3	2,0
<b>Atividade física</b>		
Sim	38	25,2
Não	113	74,8
<b>Sente-se cansado</b>		
Nunca	33	21,9
Às vezes	77	51,0
Frequentemente	24	15,9
Sempre	17	11,3
<b>Atividades de lazer</b>		
Nenhuma	81	53,6
Diariamente	2	1,3
Semanalmente	25	16,6
Quinzenalmente	11	7,3
Mensalmente	24	15,9

<b>Anualmente</b>	8	5,3
<b>Estado de saúde autorreferido</b>		
Ruim	10	6,6
Regular	94	62,3
Ótimo	43	28,5
Excelente	4	2,6
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2017.

Quando questionados sobre seus hábitos de vida, a maior parte dos cuidadores relatou que não fuma ou nunca fumou e que não consome bebida alcoólica e nunca consumiu. Esses fatores refletem positivamente na saúde. Em relação às atividades físicas e de lazer, a maioria referiu não praticar e não ter, respectivamente. O trabalho do cuidador caracteriza-se como uma fonte geradora de estresse e de sobrecarga emocional, além de privá-lo de suas atividades cotidianas, como lazer e socialização, uma vez que a prestação de cuidados, na maioria dos casos, ocorre de forma contínua e não permite pausas (ALTAFIM; TOYODA; NOBRE et al., 2015).

O lazer aumenta o nível de satisfação com a vida e a capacidade de lidar com o estresse, sendo importante para melhorar a qualidade de vida do cuidador. A sobrecarga e a falta de lazer parecem formar um ciclo vicioso. A primeira reduz o tempo para o segundo, que predispõe ao aumento da sobrecarga (KNIEPMANN, 2014). Essa relação pode aumentar consideravelmente o nível de tensão do cuidador. Então, é preciso educar e formar cuidadores com foco na organização do cuidado, horários de descanso e manutenção de sua saúde física e mental, visto que a tarefa de cuidar, por si só, causa diversos problemas de saúde, como, por exemplo, o isolamento social e a depressão (COSTA et al., 2015).

Acerca do estado de saúde autorreferido, a maior parte afirmou que é regular. A resposta dos familiares sobre seu estado de saúde é diretamente proporcional ao seu grau de conscientização sobre a importância do próprio sofrimento e de reconhecer que também necessita de cuidados (NOBRE et al., 2015). Muitas vezes, devido ao alto grau de envolvimento com o cuidado, o cuidador abre mão de sua saúde (LIMA; PETRIBÚ, 2016), o que, além de lhe causar danos, pode interferir no cuidado que é dispensado ao paciente.

## CONCLUSÃO



O presente estudo evidenciou que a dos cuidadores era do sexo feminino, tinham idade entre 56 e 65 anos, eram casados (as) ou em união estável, tinham de 5 a 8 anos de estudos, religião católica, com renda individual baixa, o tipo de renda principal era aposentadoria e não consideravam a renda suficiente.

Acerca dos hábitos de vida e situação de saúde dos cuidadores, a maioria não fuma e também não fumou no passado, não consumia bebidas alcoólicas e não consumiu no passado, não praticar atividade física em sua maioria e se sentiam cansados as vezes, não participavam de atividades de lazer, os que participavam tinham frequência de atividades de lazer semanal e referiram ao próprio estado de saúde como regular.

É relevante que a o enfermeiro e os outros profissionais assistam, de forma holística, os problemas e as dificuldades enfrentados pela família, principalmente pelo cuidador principal. É importante a criação programas de apoio, suporte social e capacitação para esses profissionais, para que possam entender e intervir em situações de dependência na esfera familiar. Sugere-se a realização de novas pesquisas sobre a temática apresentada, na perspectiva de elucidar essa problemática, ainda tão pouco discutida e trabalhada no âmbito assistencial.

## REFERÊNCIAS

ALTAFIM, L.Z.M.; TOYODA, C.Y.; GARROS, D.S.C. As atividades e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doenças crônicas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 357-369, 2015. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAO0547>

ARAÚJO, O. et al. Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial. **J Adv Nurs**. v. 71, n.10, p. 2435–2443, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12697>

ARAÚJO, J. S. et al. O lado paralelo do cuidar desvelado pelas representações dos cuidadores de adoecidos após acidente vascular cerebral. **Rev Bras Cienc Saúde**. v. 18, n. 2. p. 109-14, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/14105/12914>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 72p. : il. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **DATASUS - Sistema de informações hospitalares do SUS**. 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060502>. Disponível em:

CAPISTRANT, B. D. Caregiving for older adults and the caregivers' health: An epidemiologic review. **Current Epidemiology Reports**. v. 3, n. , p. 72-80, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40471-016-0064-x>

CARVALHO, D. P. et al. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enferm**. v. 24, n. 2, p. 450-8, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RRW5Phyz7SD6BDRTVNPpBTv/?lang=pt&format=pdf>

COSTA, T. F. et al. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. **Rev. Bras. Enferm**. v. 69, n.5, p.933-939, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rk5zWGTKsQwK4R5349FQZCj/abstract/?lang=pt>

COSTA, T. F. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. **Esc. Anna Nery**. v. 19, n.2, p. 350-355, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bnzV8K8gpkg3PLcrfxpjMyC/?lang=pt>

GANAPATHY, V. et al. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. **Clinical Interventions in Aging**, v.10, p. 1793–1802, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26609225/>

LIMA, A. G. T.; PETRIBÚ, K. Acidente Vascular Encefálico: Revisão Sistemática Sobre Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores. **Ver. Bras. Neurol e Psiq**, v.20, n.3, p. 253-266, 2016. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/168>

MENON, B. et al. Female Caregivers and Stroke Severity Determines Caregiver Stress in Stroke Patients. **Annals of Indian Academy of Neurology**. v. 20, n. 4, p. 418-424, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29184350/>

NOBRE, I. D. N. et al. Ansiedade, depressão e desesperança no cuidador familiar de pacientes com alterações neuropsicológicas. **Acta Fisiatr**. v.22, n.4, p.160-165, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/122342/119074>

PELICIONI, M. C. X. et al. Functional versus Nonfunctional Rehabilitation in Chronic Ischemic Stroke: Evidences from a Randomized Functional MRI Study. **Neural Plasticity**, v. 2016, p. 10, 2016. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/np/2016/6353218/>

PEREIRA, R et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 1, p. 185-92, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/7PjMKQ3MzwjzhD8FxdB544N/?lang=pt&format=pdf>

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 17, n. 3, p.525-539, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/QFPc73rBnpStwjZDXRjLjgq/?lang=pt>

PLOW, M. et al. A mixed methods study of multiple health behaviors among individuals with stroke. **PeerJ**. v. 23, n. 5. p. e3210, 2017. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5444372/pdf/peerj-05-3210.pdf>

SANTOS-ORLAND, A. A. et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Rev Esc Anna Nery**. v. 21, n. 1, p. e20170013, 2017. Disponível:  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/8MFh56zvh5PBTMCq5ZLzGLp/abstract/?lang=pt>

SILVA, I. F. G. et al. Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. **Rev. de Enferm. Referência**. v. Ser IV, n. 8, p. 103-11, 2016. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2016pdf/48103.pdf>

VISSER, M. M, et al. The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. **J Rehabil Med**. v. 46, n. 6, p. 514-9, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24687167/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The atlas of heart disease and stroke** [Internet]. Available from:  
[www.who.int/cardiovascular\\_disease/en/cvd\\_15\\_burden\\_stroke.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_disease/en/cvd_15_burden_stroke.pdf) . 2010.