



ESTRESSE PERCEBIDO DE PESSOAS IDOSAS SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Cleane Rosa Ribeiro da Silva ¹
Lia Raquel de Carvalho Viana ²
Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira ³
Erica Maria Belmiro dos Santo ⁴
Katia Neyla de Freitas Macedo Costa ⁵

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é considerado a principal causa de incapacidade funcional adquirida no mundo, com alta prevalência em pessoas idosas. As repercussões do AVE pode ocasionar mudanças na vida dos sobreviventes, o que pode exigir mecanismos de enfrentamento superiores aos que eles têm disponível para se adaptarem à nova realidade, resultando em estresse. Objetivou-se analisar a presença de estresse percebido em pessoas idosas sobreviventes de AVE. Trata-se de um estudo transversal realizado com 134 pessoas idosas cadastradas em Unidades de Saúde da Família. Os dados foram coletados mediante a utilização de um instrumento semiestruturado para obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos e a Escala de Estresse Percebido. A análise dos dados foi realizada no software SPSS versão 22.0, por meio de estatística descritiva. O projeto foi aprovado sob parecer de número 2.994.882, com CAAE 91360718.1.0000.5188. Identificou-se maior frequência do sexo masculino (54,5%), 60 a 69 anos (63,4%), casados (59,0%), um a quatro anos de estudo (49,3%), aposentados (66,4%), com renda de um a três salários mínimos (78,4%). O último AVE foi há mais de um ano (61,2%), tipo isquêmico (67,2%), com predomínio de sequelas motoras (66,4%) e fraqueza muscular (45,5%). Sobre a reabilitação, 48,5% fizeram ou fazem terapêutica de reabilitação. O estresse percebido foi classificado como moderado (21,460; $\pm 5,18$), foram observados níveis de estresse mais elevado nas seguintes questões: ter se sentido com frequência incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida (2,72; $\pm 1,11$) e esteve preocupado (a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente (2,64; $\pm 1,01$). O nível de estresse deve ser rastreado e monitorado continuamente, para que seja identificado precocemente a fim de auxiliar os profissionais de saúde na elaboração de um plano de cuidados que favoreça a reabilitação e a reintegração dessas pessoas à sociedade, reduzindo risco para um novo episódio de AVE.

Palavras-chave: Idosos, Enfermagem geriátrica, Acidente vascular cerebral, Estresse psicológico.

INTRODUÇÃO

As doenças cerebrovasculares (DCV) são agravos do Sistema Nervoso Central que comprometem o fluxo sanguíneo normal do cérebro e/ou medula espinhal (PELLICO et al.,

¹ Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- PB, cleane_rosas@hotmail.com;

² Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- PB, lia_viana19@hotmail.com;

³ Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- PB, gerlania.rodrigues@hotmail.com;

⁴ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- PB, erica.belmiro.santos@gmail.com;

⁵ Professor orientador: Doutora, Universidade Federal da Paraíba- PB, katianeyla@yahoo.com.br.

2019). Dentre essas morbidades, o acidente vascular encefálico (AVE) é a mais prevalente e se configura como um conjunto de sinais e sintomas neurológicos, decorrente de uma alteração na circulação encefálica, que perdura por mais de 24 horas, sendo resultado da diminuição ou total interrupção do aporte sanguíneo cerebral (PELICIONI et al., 2016). Este agravo acomete com maior frequência a população idosa (SILVA et al., 2021).

As sequelas e os déficits neurológicos advindos do AVE o torna a principal causa de incapacidade no mundo (PELICIONI et al., 2016). As limitações pós AVE geralmente se comparam como: 1) déficit sensório-motor devido à disfagia, à paralisção facial, à fraqueza muscular, os déficits de sensibilidade, às alterações visuais e o comprometimento de atividades motoras funcionais; 2) limitações nas de atividades de vida diária; 3) dificuldade de comunicação em decorrência da afasia, disatria e dispraxia oral e de fala; 4) déficit cognitivo e 5) distúrbios de humor (BRASIL, 2013). Dentre estas, predomina as sequelas sensório-motoras, cerca de 85,2% dos sobreviventes referem algum comprometimento nessa função (DUTRA et al., 2017).

Há sequelas que podem ser revertidas, principalmente na fase aguda que compreende até seis meses após o episódio, o que geralmente é atribuído à redução do edema cerebral e plasticidade neuronal precoce. No entanto, a maioria dos sobreviventes irão manter incapacidades permanentes, necessitando cuidados de terceiros e de reabilitação (PELICIONI et al., 2016; DUTRA et al., 2017).

As sequelas decorrentes do AVE pode exigir dos sobreviventes mecanismos de enfrentamento superiores aos que eles tem disponível para se adaptarem à nova realidade, resultando em estresse. O estresse se configura como um processo individualizado, fruto da relação entre a pessoa e as pressões ambientais, psicológicas ou desajustes biológicos. Nessa interação, não é a qualidade da situação que a torna um estressor, mas a forma como é percebida e julgada pelo indivíduo. Ademais, o estresse resultante das repercussões do AVE pode impactar negativamente o bem-estar geral dessa população, principalmente nos idosos por serem mais vulneráveis às limitações funcionais, em decorrência do processo de envelhecimento (SILVA et al., 2020).

A cronicidade do estresse após o AVE pode causar prejuízos na capacidade de administrar a rotina, dificultar o processo de reabilitação e reintegração social, e favorecer o desenvolvimento de doenças e agravos, como um novo episódio de AVE (SANTOS et al., 2017). Nesse sentido, é imprescindível a identificação precoce do estresse, a fim de desenvolver intervenções para minimizar o seu nível e controlar os fatores desencadeadores (SILVA et al., 2020).



Nesse contexto, o enfermeiro deve da alta hospitalar ao domicílio, incluir no cuidado estratégias que favoreçam a adaptação frente às mudanças decorrentes do AVE, como capacitar a vítima e familiares para o autocuidado; estimular a independência, sem substituir a pessoa nas atividades em que é autônoma; orientar na adaptação do domicílio, removendo as barreiras arquitetônicas; e facilitar a reintegração na comunidade (LANDEIRO; MARTINS; PERES, 2016).

No Brasil, pesquisas envolvendo a temática do estresse percebido em pessoas idosas sobreviventes de AVE são escassas. Assim, é de suma importância a realização de investigações nesse contexto, pois seus resultados poderão auxiliar os enfermeiros e demais profissionais de saúde na elaboração de um plano assistencial que favoreça o processo adaptativo e a reabilitação, além de minimizar o impacto do AVE na vida dos sobreviventes. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar a presença de estresse percebido em pessoas idosas sobreviventes de AVE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com pessoas idosas sobreviventes de AVE, cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF), do município de João Pessoa-PB, Brasil, entre julho a novembro de 2018. A amostra foi calculada a partir do total de internações de idosos, nos últimos seis meses anteriores à coleta, na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do referido município, o que correspondeu a 205 internações, conforme informações do Departamento de Informática (DATASUS, 2018).

O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo como base um intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$, prevalência estimada de 50% ($p=0,50$) e margem de erro de 5% ($\text{Erro}=0,05$), correspondendo a uma amostra mínima de 134 indivíduos.

Foram definidos como critério de inclusão: pessoas idosas atendidas em uma das Equipes de Saúde da Família (ESF) sorteadas, ter tido AVE com tempo igual ou superior a três meses e apresentar pelo menos um tipo de sequela proveniente do AVE. Definiu-se como critérios de exclusão: comorbidade neurológica, afasia, diminuição significativa da audição, que pudessem impedir a compreensão dos questionários, e déficits cognitivos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI, 1994).

A escolha das ESF para captação dos participantes ocorreu por meio de sorteio que



selecionou 40 equipes. Para seleção dos idosos, foi solicitado aos enfermeiros das equipes selecionadas uma listagem de todas as pessoas idosas com sequelas de AVE cadastradas e com base nessa lista realizou-se um sorteio participantes por equipe. Posteriormente, ocorreu o contato prévio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área com os selecionados para convidá-los a participar da pesquisa e agendar o melhor horário para aplicação dos instrumentos.

Para obtenção das características sociodemográficas e de saúde dos participantes do estudo foi utilizado um instrumento semiestruturado com perguntas referentes ao sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, escolaridade, renda individual, fonte de renda, características referentes ao AVE, presença de cuidador, tipo, parentesco e quantidade de cuidador.

O estresse vivenciado após AVE foi avaliado pela Escala de Estresse Percebido versão com 10 itens (EEP-10). Cada item consiste em afirmações pontuadas de acordo com a frequência com que elas ocorrem, recebendo uma pontuação que varia entre 0 e 4. As questões com conotação positiva (4, 5, 7 e 8) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0. As questões negativas devem ser somadas diretamente. Os escores totais podem variar de 0 a 40, com os escores mais altos sugerindo níveis mais elevados de estresse (LUFT et al., 2007).

Em virtude de a escala não apresentar uma classificação específica para os níveis de estresse, neste estudo foram utilizados os valores mínimo e máximo evidenciados pelos participantes (8 e 35 pontos, respectivamente) e distribuídos em forma de quartis. Nesse tipo de cálculo, os valores são divididos em quatro partes iguais de 25%, em que o quartil 1 (Q1 – 18 pontos) corresponde aos 25% menores valores, o quartil 2 (Q2 – 21 pontos) delimita os 50% dos valores e o quartil 3 (Q3 – 25 pontos) abrange 25% maiores valores. Assim, as médias foram classificadas em baixa (Q1), moderada (Q2) e alta (Q3).

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no Programa *Microsoft Excel* versão 2011 com dupla digitação, visando garantir a confiabilidade em sua compilação. Posteriormente, foram importados para o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0 e analisados por meio de estatística descritiva.

A pesquisa foi desenvolvida conforme os aspectos éticos que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, conforme parecer nº 2.994.882. Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, bem como dos possíveis riscos, benefícios e confidencialidade, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na distribuição do perfil sociodemográficos dos idosos, observou-se maior frequência do sexo masculino (54,5%), faixa etária de 60 a 69 anos (63,4%), casados (59,0%), com escolaridade de um a quatro anos de estudo (49,3%), renda individual de um a três salários mínimos (78,4%) e fonte de renda de aposentadoria (66,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	73	54,5
Feminino	61	45,5
Faixa etária		
60-69 anos	85	63,4
70 ao mais	49	36,6
Situação conjugal		
Casado	79	59,0
Viúvo	32	23,9
Solteiro	12	9,0
Divorciado	11	8,2
Escolaridade		
Analfabeto	15	11,2
1 - 4 anos de estudo	66	49,3
5 - 8 anos de estudo	31	23,1
9 - 12 anos de estudo	15	11,2
13 anos ou mais	7	5,2
Renda individual*		
< 1 salário mínimo	5	3,7
1 a 3 salários mínimos	105	78,4
4 a 5 salários mínimos	5	3,7
5 ou mais salários mínimos	7	5,2
Não tem renda	12	9,0
Fonte de renda		
Aposentadoria	89	66,4
Atividade remunerada	15	11,2
Pensão	13	9,7
Não tem renda	10	7,5
Doação	3	2,2
Benefício	2	1,5
Aluguel	2	1,5
Total	134	100,0

* Salário mínimo vigente em 2018= 954,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.



Na caracterização sociodemográfica, mais da metade dos participantes era do sexo masculino, o que corrobora com dados do DATASUS (2016), em que a maioria das vítimas de AVE no Brasil são homens (51,72%). No âmbito internacional essa realidade é semelhante, um estudo transversal realizado com sobreviventes de AVE atendidos por um serviço de fisioterapia na Nigéria, demonstrou que 59,0% eram do sexo masculino (ONABAJÓ et al., 2015) e em um Centro Hospitalar de Portugal, esse percentual foi de 69,1% (SILVA et al., 2016).

O presente estudo demonstrou predomínio de idosos jovens na amostra, entre 60 e 69 anos. A ocorrência de DCV manifesta-se com maior frequência entre essa faixa etária, o que pode ser justificado pela tendência no Brasil de uma população idosa centrada nessa faixa etária, além da vulnerabilidade biológica para essas morbidades inerente a esse público. Outros estudos realizados com idosos acometidos de AVE identificaram que essa morbidade exibe maior percentual entre 60 e 69 anos (SILVA et al., 2021; SILVA et al., 2016).

Quanto à situação conjugal, predominou os casados, corroborando a maioria dos estudos (ONABAJÓ et al., 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; SILVA et al., 2016). Dependendo do impacto negativo do AVE no cotidiano dos sobreviventes, a presença de um companheiro e familiares é essencial para o processo de reabilitação, haja vista que as sequelas dessa morbidade podem causar comprometimento neurológico e incapacidades, o que demanda suporte de terceiros para as AVDs (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; DUTRA et al., 2017). Na maioria dos estudos, esse apoio é fornecido pelo cônjuge (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; COSTA et al., 2016; DUTRA et al., 2017).

Em relação a escolaridade verificou-se predomínio de um a quatro anos de estudo. Este dado é frequente acerca do perfil das pessoas acometidas por AVE (ONABAJÓ et al., 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; SILVA et al., 2016; DUTRA et al., 2017). A ausência de escolaridade ou presença de poucos anos de estudo, quando associada a fatores socioeconômicos e à limitação de informação, eleva a incidência do AVE. O baixo nível de instrução pode refletir em um reduzido rendimento econômico, escasso conhecimento sobre o processo saúde-doença e o tratamento, bem como menor prevenção da doença (SILVA et al., 2016).

Identificou-se um maior percentual de renda familiar e individual de um a três salários mínimos, essa última foi adquirida em maior frequência por aposentadoria. Dentre os fatores de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares, destaca-se a renda, que pode influenciar

no acesso aos serviços de saúde, aquisição de medicamentos e realização de procedimentos de alta complexidade (YUSUF; RANGARAJAN; TEO, 2014).

A Tabela 2 demonstra as características do AVE. A maioria referiu o último AVE há mais de um ano (61,2%), um episódio (62,7%), tipo isquêmico (67,2%), com predomínio de sequelas motoras (66,4%) e fraqueza muscular (45,5%). Sobre a reabilitação, 48,5% fizeram ou fazem reabilitação, prevalecendo a fisioterapia (47,8%).

Tabela 2 - Distribuição dos dados referente às características do AVE de pessoas idosas. Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Variáveis	n	%
Último AVE		
3- 5 meses	37	27,6
≥ 6 meses - 1 ano	15	11,2
> 1 ano	82	61,2
Quantidade de AVE		
1	84	62,7
2-3	46	34,4
≥4	4	2,9
Tipo do último AVE		
Isquêmico	90	67,2
Não sabe	30	22,4
Hemorrágico	14	10,4
Tipo de sequela*		
Limitação motora	89	66,4
Fraqueza muscular	61	45,5
Déficit de sensibilidade	34	25,4
Distúrbio de humor	28	20,9
Disfagia	29	25,4
Alteração visual	22	16,4
Paralisia facial	11	8,2
Fez/faz reabilitação		
Não	69	51,5
Sim	65	48,5
Tipo de reabilitação*		
Fisioterapia	64	47,8
Fonoaudiologia	7	5,2
Psicoterapia	6	4,5
Terapia ocupacional	1	0,7

* Variável com mais de uma opção de resposta.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Dentre os participantes, o último AVE ocorreu há mais de um ano, caracterizando as sequelas como crônicas, uma vez que a fase aguda corresponde aos seis primeiros meses

(COSTA et al., 2016). Em relação à quantidade de episódios de AVE, observou-se que a maioria dos entrevistados sofreu apenas um, predominando o tipo isquêmico, o que corrobora com outro estudo realizado a nível domiciliar no município de Rieirão Preto-SP (CANUTO, NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016).

As vítimas de AVE podem apresentar sequelas em consequência do evento, essas complicações geralmente estão relacionadas ao déficit sensório-motor, às limitações de AVDs, à comunicação prejudicada, déficit cognitivo e aos distúrbios do humor (BRASIL, 2013). No presente estudo, predominou a alteração motora e a fraqueza muscular, assemelhando-se a pesquisa realizada em Ribeirão Preto-SP (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016)

Os comprometimentos funcionais decorrentes do AVE requerem acompanhamento por serviços de reabilitação. Nesta pesquisa, uma grande quantidade de entrevistados referiram fazer ou ter feito tratamento para reabilitar as sequelas, com predomínio para a fisioterapia. As pessoas com alterações sensório-motoras geralmente são encaminhadas para um fisioterapeuta, no intuito de reverter as limitações e/ou amenizar as incapacidades existentes, favorecendo o retorno dos pacientes à sua rotina anterior ao evento (FARIA et al., 2017).

Em relação ao estresse percebido, identificou-se média de 21,46 (DP= $\pm 5,18$). Dentre os itens da EEP-10, foram observados níveis de estresse mais elevado nas seguintes questões: ter se sentido com frequência incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida (2,72; $\pm 1,11$) e esteve preocupado (a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente (2,64; $\pm 1,01$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das médias dos itens e a consistência interna da EEP-10 aplicada em pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Itens	Média	DP	Alfa de Cronbach
No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	2,72	1,11	0,79
No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?	2,64	1,01	0,80
No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em estresse?	2,52	1,27	0,78
No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controle?	2,45	0,90	0,81
No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?	2,24	0,99	0,81

No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controle?	2,21	1,07	0,81
No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?	1,97	1,09	0,84
No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?	1,91	1,10	0,80
No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?	1,87	1,14	0,79
No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?	1,59	1,13	0,77

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Neste estudo, o estresse percebido foi moderado. Uma investigação realizada nos EUA, que teve como objetivo examinar a relação entre o estresse percebido, a depressão e o comprometimento neurológico em pessoas residentes na comunidade vítimas de AVE, verificou resultado convergente, com média de estresse de 22,23 ($\pm 9,50$) (LAURES-GORE; DEFIFE, 2013). Em contrapartida, pesquisa desenvolvida com sobrevivente de AVE, atendidos em um hospital de Ribeirão Preto-SP, identificou menor estresse percebido (14,4; $\pm 8,5$) (SANTOS et al., 2015).

O AVE, bem como outros agravos crônicos, costuma gerar estresse devido à dependência funcional e às repercussões emocionais. Durante o retorno para casa, os sobreviventes são confrontados com a sua antiga rotina e percebem as limitações atuais decorrentes das sequelas, é nesse momento que ocorre a transição do cuidado hospitalar para o processo de cuidado no domicílio (FARIA et al, 2017), o que se configura como um momento crítico, com alto potencial para ser vivenciado de forma estressante, uma vez que representa ameaça ao mecanismo adaptativo (SANTOS et al, 2015).

Na avaliação individual dos itens da EEP-10, observou-se um maior comprometimento relacionado ao sentimento de incapacidade para controlar coisas importantes, o que pode estar relacionado à presença de cuidador, referida pela maioria dos participantes. Estudo realizado com brasileiros identificou associação estatística significativa entre possuir cuidador e o estresse, demonstrando que a vítima de AVE com cuidador apresentou escore médio de estresse mais elevado (SANTOS et al., 2017). Outros aspectos que podem justificar o comprometimento nesse item é a presença de limitações impostas pelas sequelas e o comprometimento funcional, haja vista que podem refletir na independência e na autonomia das vítimas de AVE (FARIA et al, 2017).

A preocupação com algo que aconteceu inesperadamente foi outro item que demonstrou elevado nível de estresse. O AVE se caracteriza como uma morbidade de início súbito, em que a vítima repentinamente transita para um quadro de adoecimento, no qual se instala uma nova rotina de adaptações, causando exacerbada preocupação e incerteza com o futuro. A comparação entre a situação atual com a antecedente ao AVE é bastante comum entre os sobreviventes, a percepção de mudança na rotina e a incapacidade de executar atividades antes corriqueiras, pode acarretar um sentimento de impotência e provocar estresse (FARIA et al., 2017).

Estudiosos afirmam que o estresse não deve ser subestimado, haja vista que, em excesso pode ocorrer desgaste dos sistemas fisiológicos, contribuindo para o aparecimento de comprometimentos físicos e psíquicos. A avaliação e o monitoramento do estresse percebido em pessoas idosas sobreviventes de AVE devem ser realizados pelos profissionais de saúde, mediante a identificação da necessidade e a utilização de escalas válidas e confiáveis (SANTOS et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AVE pode causar repercussões físicas, cognitivas e comportamentais, que provocam desafios repentinos à vida das vítimas, como mudanças na imagem corporal, conflitos existenciais, perda de papéis sociais, comprometimento funcional e novas rotinas. Estas alterações, quando não enfrentadas positivamente, geram estresse e prejuízos no bem-estar dos sobreviventes.

Os resultados deste estudo demonstraram estresse percebido moderado entre as pessoas idosas participantes do estudo. O nível de estresse deve ser rastreado e monitorado continuamente, para que seja identificado precocemente e possa auxiliar os profissionais de saúde na elaboração de um plano de cuidados que favoreça a reabilitação e a reintegração dessas pessoas à sociedade, reduzindo o risco para um novo episódio de AVE e amenizando agravos no processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01-07, mar. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X1994000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

CANUTO, M.A.O.; NOGUEIRA, L.T.; ARAÚJO, T.M.E. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 29, n. 3, p. 245-252, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/1982-0194-ape-29-03-0245.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

COSTA, V.S., *et al.* Effects of mirror therapy on the motor and functional recovery of post-stroke paretic upper limbs: a systematic review. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 431-438, dec. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000400431&lng=en&nrm=iso. Access on: 05 jan. 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 10 dez. 2018.

DUTRA, M. O. *et al.* Sociodemographic factors and functional capacity of elderly affected by stroke. **Rev Bras Epidemiol**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 124-35, 2017. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/en_1980-5497-rbepid-20-01-00124.pdf. Access on: 20 dec. 2018.

FARIA, A.C.A. *et al.* Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. **Rev Bras Enferm**, [S.l.], v. 70, n. 3, p. 495-503, mai-jun. 2017. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/0034-7167-reben-70-03-0495.pdf>. Access on: 12 jan. 2019.

LUFT, C.D.B. *et al.* Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-615, ago. 2007. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000400015&lng=en&nrm=is. Acesso em: 11 nov. 2018.

LANDEIRO, M.J.L.; MARTINS, T.V.; PERES, H.H.C. Nurses' perception on the difficulties and information needs of family members caring for a dependent person. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e0430015, apr. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000100315&lng=en&nrm=iso. Access on: 19 dec. 2018.

LAURES-GORE, J.S. DEFIFE, L.C. Perceived stress and depression in left and right hemisphere post-stroke patients. **Neuropsychol Rehabil.**, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 783-797, dec. 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830587/>. Access on: 19 dec. 2018.



ONABAJO, G.O.V. *et al.* Social Support after Stroke: Influence of Source of Support on Stroke Survivors Health-Related Quality of Life. **International Neuropsychiatric Disease Journal**, v. 5, n. 1, p.1-9, 2016. Available from: http://www.journalrepository.org/media/journals/INDJ_29/2015/Sep/Onabajo512015INDJ20240.pdf. Access on: 03 jan. 2019.

PELICIONI, M.C.X. *et al.* Functional versus nonfunctional rehabilitation in chronic ischemic stroke: evidences from a randomized functional MRI study. **Neural plasticity**, [S.l.], v. 2016, p. 1-10, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6353218>. Access on: 14 jan. 2019.

PELLICO, L. H. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

SANTOS, E.B. *et al.* Hanges and predictors of psychological stress among elderly stroke survivors 6 months after hospital discharge. **Stress and Health**, [S.l.], v. 34, n. 3, p. 359-366, dec. 2017. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/smi.2791>. Access on: 04 dec. 2018.

SILVA, I.F.G. *et al.* Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 8, p.103-111, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_rttxt&pid=S087402832016000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2019.

SILVA, C.R.R. *et al.* Acidente vascular encefálico: relação do estresse percebido com variáveis sociodemográficas e clínicas. **Cogitare Enfermagem.**, v. 25, jun. 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/67268>>. Acesso em: 28 maio 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67268>.

YUSUF, M.B.S. *et al.* Cardiovascular risk and events in 17 low middle, and-income countries. **N Engl J Med.**, [S.l.], v. 371, n. 9, p. 818-827, aug. 2014. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1311890>. Access on: 11 jan. 2019.