

## O PROCESSO DE CUIDAR DE IDOSOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Angélica de Godoy Torres Lima<sup>1</sup>  
Kátia Cristina Lima de Petribú<sup>2</sup>

### RESUMO

Um terço dos doentes que sobrevivem a AVE agudo permanece com incapacidade importante e 10% ficam incapacitados de viver na comunidade, necessitando dos cuidados de terceiros, geralmente devido a uma combinação de falta de apoio social e incapacidade grave. Estudo transversal, observacional, prospectivo e de base populacional, que foi realizado na comunidade da cidade de Caruaru-PE, com cuidadores familiares primários de idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no período de janeiro a maio de 2014. A análise dos dados foi realizada no software SPSS através de dados descritivos. A maioria dos cuidadores é do sexo feminino (92,4%), casada (67,5%), possui mais de 50 anos (52,2%) e são filhos dos idosos (43,3%). Percebe-se que mais da metade destes idosos possuem algum tipo de dificuldade, seja para mastigar (53,5%), de deglutir (52,2%) ou falar (66,9%), sendo 45,2% dos idosos são totalmente dependentes dos cuidadores. A identificação das especificidades desta população permite que se criem planos de ação e políticas direcionadas com o objetivo de obter melhoria na qualidade de vida desses indivíduos, podendo contribuir com a redução de gastos públicos com cuidados a estes idosos.

**Palavras-chave:** cuidadores, idoso, acidente vascular cerebral.

### INTRODUÇÃO

As estatísticas de mortalidade no Brasil mostram que, até 1940, havia um nítido predomínio das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de morte. Trinta anos depois, em 1970, as doenças do aparelho circulatório já surgiam como a primeira causa de mortalidade, seguidas, respectivamente, das doenças infecciosas e parasitárias e das neoplasias malignas (ARAÚJO, 2012).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a frequência das doenças crônicas não-transmissíveis aumenta muito mais velozmente do que nas economias desenvolvidas. Atualmente, dois terços dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) ocorrem nestes países, sendo a hipertensão arterial o principal fator de risco e seu controle exerce impacto direto sobre o decréscimo na incidência desta grave doença, visto que a mais temida de todas as

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Pernambuco - UPE, docente do curso Técnico em Enfermagem do IFPE *campus* Belo Jardim, [angelica.godoy@belojardim.ifpe.edu.br](mailto:angelica.godoy@belojardim.ifpe.edu.br);

<sup>2</sup> Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, professora adjunta da Universidade de Pernambuco - UPE, [kpetribu@hotlink.com.br](mailto:kpetribu@hotlink.com.br);

complicações da doença aterosclerótica, o AVE, impõe enorme sobrecarga econômica e emocional aos pacientes e seus familiares (KAISER, 2004; TOSCANO, 2004; BRASIL, 2011).

Outro aspecto epidemiológico observado é que as doenças do aparelho circulatório ainda permanecem como a primeira causa de morte no mundo. Nos últimos 20 anos houve, no Brasil, redução significativa da mortalidade de idosos por doenças cerebrovasculares, resultando numa maior sobrevivência das pessoas doentes, apresentando, portanto, uma maior prevalência de incapacidade na população idosa (BRASIL, 2011).

O AVE se caracteriza pela instalação de um déficit neurológico focal, repentino e não convulsivo, determinado por uma lesão cerebral, secundária a um mecanismo vascular e não traumático. O AVE pode ser classificado como isquêmico, sendo resultado da falência vasogênica para suprir adequadamente o tecido cerebral de oxigênio e substratos ou hemorrágico, no qual ocorre o extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central. Os subtipos isquêmicos são lacunares, ateroscleróticos e embólicos, e os hemorrágicos são intraparenquimatosos e subaracnóide (CHAVES, 2000; RADANOVIC, 2000).

Um terço dos doentes que sobrevivem a AVE agudo permanece com incapacidade importante e 10% ficam incapacitados de viver na comunidade, necessitando dos cuidados de terceiros, geralmente devido a uma combinação de falta de apoio social e incapacidade grave, como déficits motores, disfunções sensoriais, do equilíbrio e da coordenação, distúrbios da comunicação, além de comprometimentos cognitivos e intelectuais que incluem muitas vezes a demência (OLIVEIRA, 2001; PEREIRA, 2004). Isto provoca a diminuição da capacidade do indivíduo participar e intervir na sociedade, ocasionando perdas na comunicação com os outros e nas relações sociais, gerando isolamento e solidão (MATOS, 2008).

O estudo foi desenvolvido devido à necessidade de melhor conhecer os cuidadores familiares dos pacientes com sequelas após um AVE, haja vista a importância epidemiológica do AVE na população brasileira (terceira causa de morte e morbidade no país). As consequências devastadoras aos indivíduos e suas famílias após o evento devem-se às sequelas que comprometem a capacidade física e em muitas vezes, a cognitiva do doente, levando a necessidade de haver outra pessoa para realizar suas atividades de autocuidado. O conhecimento das necessidades dessa clientela poderá estimular melhorias na educação para a

saúde fornecida aos familiares pelos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente durante a alta hospitalar e favorecerá os cuidados em domicílio.

Esta pesquisa teve como objetivo registrar alguns aspectos relacionados às atividades de cuidar: atividades e dificuldades do cuidador no atendimento do paciente após o AVE, despesas financeiras com o paciente e a existência de cuidadores secundários. Além de avaliar o grau de dependência e a função cognitivas desses idosos após o AVE através de instrumentos validados.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal, descritivo, observacional, prospectivo e de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na zona urbana do município de Caruaru, que está localizado na região do Agreste do estado de Pernambuco, sendo o quarto município mais populoso do estado. A população alvo do estudo foram cuidadores familiares primários de idosos com sequelas de AVE das áreas cobertas pelas 41 Estratégias de Saúde da Família (ESF), na zona urbana do município de Caruaru-PE, no período de janeiro a maio de 2014. Foi realizada uma amostragem simples aleatória. O cálculo da amostra foi realizado no programa win episcopo 2.0, baseado na estimativa da média populacional, utilizando-se um intervalo de confiança de 95% e erro aleatório de 2%, sendo estimada uma amostra de 157 indivíduos. A população de idosos com AVE em Caruaru era de aproximadamente 537 indivíduos, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru-PE.

As informações obtidas através dos instrumentos foram digitadas em um banco de dados confeccionado especialmente para este fim. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e processados e analisados através de SPSS versão 20.0 para análise de dados e cálculos estatísticos, os quais foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

Foram considerados como critérios de inclusão: ser cuidador principal e familiar do idoso e exercer a atividade há pelo menos três meses. Dentre os critérios de exclusão estavam o fato de o cuidador não saber fornecer informações sobre o processo saúde-doença do idoso ou cuidadores de idosos que além das sequelas pelo AVE sejam alcoolistas ou dependentes químico.

Após estruturação dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa, foram realizados treinamento e padronização da coleta pela equipe de campo composta por 2 enfermeiras, sendo uma delas a pesquisadora. A proposta de pesquisa foi aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Secretaria de Saúde de Caruaru sendo entregue a pesquisadora uma Carta de Anuência, a qual foi apresentada para as ESF que participariam da pesquisa.

Foi realizada uma busca ativa de idosos que tiveram AVE e que estavam recebendo cuidados no domicílio através dos registros da ESF com a ajuda dos profissionais que trabalham nas ESF, em seguida foi confeccionada uma lista com 247 indivíduos elegíveis para a pesquisa, em que foi realizado o sorteio de 200 indivíduos através de amostragem aleatória simples. Então, realizaram-se novas visitas às ESF para localizar os possíveis participantes da pesquisa em suas residências com a ajuda dos ACS, sendo realizado o convite para este estudo.

A coleta de dados foi realizada na comunidade pelas pesquisadoras do projeto, onde os dados eram coletados nos domicílios dos idosos e dos seus respectivos cuidadores primários, acompanhados pelo ACS responsável pela área. Considerou-se perda por falta quando da incapacidade de realizar a coleta, por mudança de domicílio dos entrevistados, cuidador e idoso. As pesquisadoras no primeiro momento forneciam informações sobre a natureza e o objetivo do estudo e, a partir daí, só era aplicado o instrumento de pesquisa naqueles cuidadores e idosos que concordassem em participar da pesquisa e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os binômios cuidador-idoso foram avaliados em um único momento pelas pesquisadoras. Uma pesquisadora fazia a entrevista com o cuidador e a segunda com o idoso, colhendo os dados sociodemográficos e a avaliação das condições de saúde e atividades de cuidado. Foram aplicadas escalas validadas com os idosos para avaliar o grau de dependência nas atividades de vida diária (Índice de Barthel - BI) e as funções cognitivas dos idosos (Mini Exame do Estado Mental - MEEM)

O Índice de Barthel avalia o grau de dependência através das atividades básicas de vida diária, contém 10 itens com pontuação de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, cujas pontuações mais elevadas indicam maior independência (MAHONEY,1965; GUIMARÃES, 2004).

O MEEM contém questões agrupadas em sete categorias que avaliam funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos) e espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos),

atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto) (FOLSTEIN, 1975). O escore varia de 0 a 30, em que 30 corresponde a melhor capacidade cognitiva. Seus pontos de corte variam de acordo com a escolaridade (13 para analfabetos, 18 para baixa e média e 26 para alta escolaridade), conforme sugerido por Bertolucci (1994) em estudo realizado com a população brasileira.

O estudo segue as recomendações da declaração de HELSINKI (1989) e da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS. Aos entrevistados foi garantido o sigilo com relação à identificação, respostas e informações fornecidas no questionário, bem como o direito de se negarem a participar do estudo a qualquer momento. O projeto foi apresentado ao comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco e aprovado em 21 de novembro de 2013 com o registro CEP/UPE: 463.285 e registro CAAE: 22977813.7.0000.5192.

Após a digitação dos dados no programa Microsoft Excel, os mesmos foram importados para o programa Statistical Program for Social Sciences (SPSS), versão 20.0, todo o banco passou por um processo de checagem em três momentos distintos, visando detectar possíveis inconsistências e erros de digitação antes da geração dos relatórios estatísticos.

Foram realizadas as distribuições dos grupos com suas respectivas características sociodemográficas e de atividades de cuidado através de números absolutos e percentuais que estão descritas em forma de tabela.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente, havia uma lista com 200 binômios cuidador-idoso elegíveis, porém, houve 43 perdas, em que 15 binômios o cuidador principal deixou de ser o familiar, sendo contratada uma pessoa para os cuidados dos idosos, passando a não ser mais elegíveis para a pesquisa, 14 idosos faleceram, 10 mudaram-se de domicílio ou não foram localizados no período da coleta de dados e 4 se recusaram ou desistiram de participar da pesquisa, restando uma amostra composta por 157 binômios participantes.

A maioria dos cuidadores é do sexo feminino, casada, possui idade superior a 50 anos, são filhos dos idosos, cerca de 75% relata não trabalhar e possuem renda familiar entre 1000-1500 reais. Dentre aqueles que não trabalham, 36,1% afirmou que deixou o emprego para poder

cuidar do idoso, 35,3% já não trabalhavam porque sempre desempenhava funções domésticas, 16,8% não trabalha mais porque é aposentado ou pensionista, outros 5% encontram-se desempregados e 6,8% não trabalham por outros motivos. Entre cuidadores que trabalham, a maioria declara que trabalha autônomo 42,1%, seguido de 26,3% que são costureiros, outras profissões como vendedor, comerciante, agricultor, feirante e trabalhadores informais, cada um representa 10,5% dos participantes.

Relacionado ao processo de cuidar, a maioria dos cuidadores (74,5%) relataram que aprenderam a cuidar dos idosos sozinhos e não recebem assistência do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do município (Tabela 1). A minoria recebe algum tipo de ajuda financeira e quando recebem esse tipo de ajuda essa vem dos filhos do idoso e de forma regular (Tabela 1).

**Tabela 1. Características do processo de cuidar entre os cuidadores de idosos com sequelas pelo AVE da cidade de Caruaru-PE.**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Recebe alguma ajuda</b>		
Sim	7	4,5
Não	150	95,5
<b>Recebe ajuda de quem</b>		
Filhos(as)	2	28,6
Bolsa família	5	71,4
<b>Recebe essa ajuda com que frequência</b>		
Mensal	6	85,7
Esporádica	1	14,3
<b>Recebe assistência do SAD</b>		
Sim	15	9,6
Não	142	90,4
<b>Como aprendeu a cuidar do idoso</b>		
Orientação na alta	1	0,6
Orientações profissionais	22	14,0
Informações de leigos	17	10,8
Sozinho(a)	117	74,5

O perfil das necessidades de cuidados dos idosos revela que a minoria necessita que sejam realizados curativos, alimentem-se por SNE ou gastrostomia e utilizem sondagem vesical. Quando há a necessidade de curativos, estes são realizados geralmente pelos cuidadores principais (68,4%). Nenhum dos idosos utilizava traqueostomia, oxigenioterapia ou havia a necessidade de aspiração traqueobrônquica. Percebe-se que mais da metade destes idosos possuem algum tipo de dificuldade, seja para mastigar (53,5%), de deglutição (52,2%) ou de fala (66,9%) e 27,4% apresentam dificuldade auditiva devido às sequelas do AVE (Tabela 2).

**Tabela 2. Características da necessidade de cuidados dos idosos com sequelas pelo AVE da cidade de Caruaru-PE.**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Curativo</b>		
Sim	19	12,1
Não	138	87,9
<b>Dieta por SNG ou gastrostomia</b>		
Sim	4	2,5
Não	153	97,5
<b>Sondagem vesical</b>		
Sim	6	3,8
Não	151	96,2
<b>Dificuldade para mastigar</b>		
Sim	84	53,5
Não	73	46,5
<b>Dificuldade para deglutir</b>		
Sim	82	52,2
Não	75	47,8
<b>Dificuldade para ouvir</b>		
Sim	43	27,4
Não	114	72,6
<b>Dificuldade para falar</b>		
Sim	105	66,9
Não	52	33,1

Devido ao desenho do estudo, todos os pacientes apresentam algum grau de dependência para as atividades diárias, neste estudo 45,2% dos idosos são totalmente dependentes dos cuidadores. No rastreio para demência, 62,4% dos idosos apresentaram alteração na aplicação do MEEM, respeitados respectivos os pontos de corte para o grau de escolaridade (Tabela 3).

**Tabela 3. Avaliação da população de idosos conforme o Índice de Barthel e o MEEM.**

<b>ESCALA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Índice de Barthel</b>		
Dependência total	71	45,2
Dependência grave	25	15,9
Dependência moderada	18	11,5
Dependência leve	43	27,4
<b>MEEM</b>		
Alterado	98	62,4
Normal	59	37,6

Em conformidade com outros estudos, a maioria dos indivíduos da amostra dessa pesquisa foi do sexo feminino, filhos dos pacientes, com idade acima de 50 anos e casados. Na assistência aos idosos a predominância feminina ocorre devido a um fator cultural que destaca a função da mulher como cuidadora, principalmente na esfera familiar. A razão de grande parte dos cuidadores serem parentes próximos sucede do sentimento de retribuição que os filhos sentem pelos pais, principalmente nas mulheres, que predominantemente, são mais emotivas e acolhedoras (LEGG,2013; AKOSILE, 2011; TANG,2011; BAUMANN, 2012; MORAIS, 2012; ANDRADE, 2009).

A maioria dos cuidadores informou não realizar atividade remunerada, e daqueles que realizam alguma atividade, esta ocorre, majoritariamente dentro do domicílio, demonstrando que estes dedicam seu tempo integralmente ao cuidado do idoso dependente e às atividades domésticas, o que provavelmente impede ou dificulta a realização de atividades extradomiciliares (NARDI, 2007; BAUMANN, 2012).

Pertinente a esta situação, a baixa renda familiar dificulta a aquisição insumos e outros suprimentos necessários para a prestação de cuidados ao idoso, configurando um fator de estresse ao cuidador e preocupante em relação à qualidade deste cuidado, pois além dos gastos com as despesas habituais da família, sabe-se que a condição de dependência origina gastos que oneram ainda mais a renda familiar (VIEIRA, 2013; ELDH, 2011).

Dentre as inúmeras dificuldades de cuidar de um idoso com sequela pelo AVE está, também, a sua dependência física, como foi verificado pelo índice de Barthel e pelos questionamentos sobre o uso de dispositivos artificiais e afirmação sobre dificuldades de alimentação (mastigação e deglutição) e comunicação (audição e fala), e pela limitação cognitiva após o evento demonstrada pelo MEEM.

Esta dependência inviabiliza que o idoso com AVE fique sozinho em casa, havendo a necessidade de alguém ao seu lado sempre. Entretanto, isto gera a restrição do cuidador ao domicílio reduzindo seus momentos de lazer e a possibilidade de o mesmo realizar outras atividades para cuidar da própria saúde, tais como atividade física e consultas médicas (PEREIRA, 2013).

O confinamento no ambiente de cuidados e a ausência de lazer contribui para que o cuidador familiar se sinta sobrecarregado emocionalmente. O resultado desse isolamento social gera redução do limiar de tolerância do cuidador para algumas situações, originando conflitos com outros membros da família e até com o próprio idoso que recebe os cuidados. Portanto, os



profissionais de saúde envolvidos no atendimento a famílias que possuem idosos com sequelas pelo AVE devem estar atentos para a necessidade de avaliação da saúde do cuidador (ANDRADE, 2009).

Compreende-se que a incapacidade funcional dos idosos não está relacionada somente ao AVE, visto que concomitante às sequelas do AVE ocorre o processo de senescência nos idosos. E mesmo que o processo de envelhecimento não seja uma enfermidade, as transformações das estruturas e funções corporais que ocorrem principalmente nos sistemas musculoesquelético, ósseo e nervoso, reduzem a capacidade funcional dos indivíduos para desempenhar suas atividades de vida diária. Então, a senescência exacerba as perdas da capacidade funcional resultantes do AVE, reforçando a necessidade de cuidados por outros (PEREIRA, 2013).

Os cuidadores desempenham as atividades essenciais para recuperação do receptor de seus cuidados e acreditam em um resultado efetivo na recuperação do idoso. Contudo, quando essa melhoria não é percebida pelo cuidador, o cuidado pode se tornar uma rotina cansativa e frustrante. Assim, os profissionais de saúde, sabendo de que a idade avançada do paciente com sequela de AVE pode ser um fator que coopera para o aumento da sobrecarga dos cuidadores, devem orientar os cuidadores que a senescência pode dificultar a percepção das melhorias alcançadas pelos idosos (PEREIRA, 2013; ANDRADE, 2009).

A falta de discernimento do cuidador quanto à necessidade de assistência total, máxima, mínima ou apenas de supervisão durante a realização de uma atividade pelo idoso dificulta o processo de reabilitação desse. Frequentemente, o idoso apresenta condições físicas e cognitivas para realizar uma determinada tarefa, porém a falta de conhecimento, o medo e o sentimento de estar negligenciando o cuidado fazem com que o cuidador não a delegue a atividade ao idoso, limitando-o de melhorar sua capacidade funcional e desenvolver possível independência (PEREIRA, 2013; TANG, 2011).

É necessário que os profissionais de saúde envolvidos no cuidada e que possuem o conhecimento do potencial do idoso auxiliem estes cuidadores a desenvolver o discernimento sobre quando é necessário prestar assistência ou permitir que o idoso realize a atividade, através de estratégias que facilitam a execução dos idosos nessas atividades e de como realizá-las com segurança. Essa aquisição de conhecimento pelo cuidador é obtida por meio das orientações apropriadas para o potencial do idoso e realidade da família realizadas pelos profissionais no momento da alta hospitalar ou no retorno à comunidade, com o seguimento nas unidades básicas de saúde (PEREIRA, 2013; BAUMANN, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidadores são, majoritariamente, mulheres, casadas, com idade superior a 50 anos, filhas dos idosos, não trabalham e possuem renda familiar mensal média de aproximadamente dois salários mínimos. Este constitui o perfil daqueles que estão vulneráveis aos efeitos adversos de ser um cuidador familiar de idosos com sequelas por AVE da comunidade participante do estudo, porém, este perfil não fugiu muito ao encontrado na literatura.

Espera-se que estas informações sejam úteis para contribuir na identificação de indivíduos da comunidade mais vulneráveis à sobrecarga e a redução da qualidade de vida, e, conseqüentemente, a efeitos adversos de ser um cuidador. É importante que estes recebam maior atenção dos profissionais de saúde que trabalham na comunidade, de modo a tentar minimizar fatores negativos modificáveis e, conseqüentemente, reduzir os riscos de maior de morbidade e mortalidade desta população, gerando redução de gastos com saúde.

A identificação das especificidades desta população permite que se criem planos de ação e políticas direcionadas com o objetivo de obter melhoria na qualidade de vida desses indivíduos, podendo contribuir com a redução de gastos públicos com cuidados a estes idosos.

## REFERÊNCIAS

AKOSILE, C. O. et al. Quality of life and its correlates in caregivers of stroke survivors from a Nigerian population. **Qual life res**, v. 20, n. 9, p. 1379–1384, 2011.

ANDRADE, L. M. et al. The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 1, p. 37-43, 2009.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil [republicação]. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533–538, 2012.

BAUMANN, M.; COUFFIGNAL, S.; BIHAN, E. L. E.; CHAU, N. Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. **BMC Neurol**, v. 12, n. 105, p. 1–12, 2012.

BERTOLUCCI, P. H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade entre idosos no Brasil: tendências em 20 anos (1991 a 2010)**. In: Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 211–226.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev Bras Hipertens**, v. 4, p. 372–382, 2000.

ELDH, A.C.; CARLSSON, E. Seeking a balance between employment and the care of an ageing parent. **Scand J Caring Sci**, v. 25, p. 285–293, 2011.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res**, v. 12, p. 189–198, 1975.

GUIMARÃES, R.B.; GUIMARÃES, R.B. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. **Rev Bras Neurol**, v. 40, n. 3, p. 5-13, 2004.

KAISER, S.E. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. **Rev SOCERJ**; v. 17, n. 1, p. 11-18, 2004.

LEGG, L. et al. Is informal caregiving independently associated with poor health? A population-based study. **J Epidemiol Community Health**, v. 67, p. 95–97, 2013.

MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Md State Med J**, v. 14, p.61-65, 1965.

MATOS, G.C.S. **As habituais alterações no quotidiano da família face à ocorrência de um acidente vascular cerebral junto a um de seus elementos** [trabalho de conclusão de curso]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; Curso de Serviço Social, 2008.

MORAIS, H.C.C. et al. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n.5, 2012.

NARDI, E.F.R. **Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente** [dissertação]. Maringá-RS. Universidade Estadual de Maringá, 2007.

OLIVEIRA, R. M. C.; ANDRADE, L. A. F. Acidente vascular cerebral. **Rev Bras Hipertens**; v. 8, n. 3, 2001.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013.

PEREIRA, S.; COELHO, F. B.; BARROS, H. Acidente vascular cerebral: hospitalização, mortalidade e prognóstico. **Acta Med Port**, v. 17, p. 187-192, 2004.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com Acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arq neuropsiquiatr**, v. 58, n.1, p. 99–106, 2000.

TANG, W-K. et al. Burden of Chinese stroke family caregivers: the Hong Kong experience. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 92, n. 9, p. 1462–1467, 2011.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p.885–895, 2004.

VIEIRA, C. P. B.; FIALHO, A. V. N. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 161-169, 2010.