

CUIDADOS, VIDA PLENA E BEM-ESTAR: ORIENTAÇÕES PARA CUIDADORES

CARE, FULL LIFE AND WELL-BEING: GUIDELINES FOR CAREGIVERS

Gabriela Cristina Rosa¹

Caio Vinícius Monteiro de Sousa²

Fabiane Nunes Machado³

Lucas Fróis Fernandes de Oliveira⁴

Ana Paula Santos⁵

Thais Peixoto Gaiad Machado⁶

Darlene da Silva⁷

Matheus Ribeiro Ávila⁸

Celio Marcos Reis Ferreira⁹

Resumo: O acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome, caracterizada pelo início súbito de um déficit neurológico, com duração maior que 24 horas. Apresenta-se como a principal causa de incapacidade a longo prazo, em diferentes graus de deficiência crônica, que limitam as suas capacidades funcionais e cognitivas, afetando as atividades de vida diária. O paciente quando recebe alta, necessitará de cuidados frequentes e, nesse momento, surge a figura do cuidador. O objetivo deste trabalho foi preparar o cuidador para receber o paciente em casa, oferecendo ajuda necessária, minimizando assim a sobrecarga imposta sobre ele. Foi desenvolvido na Clínica Neurológica (CLN) da Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD), no ano de 2019, realizando uma intervenção semanal e oferecidas orientações e capacitação ao cuidador, diretamente no leito. Foram orientados 57 cuidadores e 58 pacientes, 38 cuidadores do sexo feminino. Conseguimos levar informações importantes sobre os cuidados ao portador de sequela provenientes do AVE, podendo preparar melhor o cuidador para recebe-lo em casa, reduzindo o grau de ansiedade e insegurança apresentado por eles, podendo minimizar sobrecargas, facilitando assim o processo de recuperação e prevenindo novas sequelas.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico. Cuidador. Alta Hospitalar.

1 Graduanda do curso de Fisioterapia, Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8615235503051194>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7824-1590>. E-mail: gabrielah.rosa@hotmail.com

2 Graduando do curso de Fisioterapia, Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8783375904763064>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5699-9744>. E-mail: Caio73v@gmail.com

3 Graduanda do curso de Fisioterapia, Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2730217701258267>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8595-8896>. E-mail: machado.fabiane@hotmail.com

4 Graduando do curso de Fisioterapia, Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6802238238480284>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1942-2567>. E-mail: lucaasfrois@hotmail.com

5 Profa. Dra. do Departamento de Fisioterapia, Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5486738488474310>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0952-3249>. E-mail: apsfisio@hotmail.com

6 Profa. Dra. do Departamento de Fisioterapia, Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5310768544541654>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4688-330X>. E-mail: thaispgm@gmail.com

7 Pós-graduanda, Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9714514164622675>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4702-538X>. E-mail: darlenesilva10@hotmail.com

8 Graduando do curso de Fisioterapia, Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7154590921650518>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9331-4521>. E-mail: avila.matheus@ufvjm.edu.br

9 Prof. Dr. do Departamento de Fisioterapia, Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5429899582558636>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5982-5726>. E-mail: celiomarcosreis@gmail.com

Abstract: Stroke is a syndrome, characterized by the sudden onset of a neurological deficit, lasting more than 24 hours. It presents itself as the main cause of long-term disability, in different degrees of chronic disability, which limit their functional and cognitive abilities, affecting the activities of daily living. When the patient is discharged, he will need frequent care and, at that moment, the figure of the caregiver appears. The objective of this work was to prepare the caregiver to receive the patient at home, offering necessary help, thus minimizing the burden imposed on him. It was developed at the Neurological Clinic (CLN) of Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD), in 2019, carrying out a weekly intervention and providing guidance and training to the caregiver, directly in bed. 57 caregivers and 58 patients were advised, 38 female caregivers. We were able to bring important information about the care to patients with sequelae from the stroke, being able to better prepare the caregiver to receive him at home, reducing the degree of anxiety and insecurity presented by them, being able to minimize overloads, thus facilitating the recovery process and preventing new sequels.

Keywords: Stroke. Caregiver. Hospital discharge.

Introdução

O mundo está no centro de uma transição do processo demográfico único e irreversível que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares. À medida que taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número atual deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá (WHO, 2019).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, o que corresponde a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios, as mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo) (IBGE, 2018). De acordo com os dados do Global Health Observatory (GHO), ocorreram 56,9 milhões de mortes globais em 2016, 40,5 milhões, ou 71%, foram devidas a doenças não transmissíveis (DNTs), onde se enquadra o Acidente Vascular Encefálico (AVE) como a segunda principal causa de morte no mundo (WHO, 2016). O AVE pode ser definido como uma síndrome, caracterizada pelo início súbito de um déficit neurológico, com duração maior que 24 horas. Reflete envolvimento focal, por vezes global, do sistema nervoso central, resultado de um distúrbio da circulação encefálica decorrente de um processo anatomopatológico nos vasos sanguíneos (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014). O AVE pode se apresentar de duas formas, sendo elas classificadas em isquêmico, quando um vaso sanguíneo que fornece sangue ao cérebro está obstruído, representando 87% de todos os acidentes vasculares cerebrais, e hemorrágico, ocorre quando um vaso sanguíneo enfraquecido se rompe, sendo sua principal causa a pressão arterial não controlada (AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2020). Rodrigues, Santana e Galvão em 2017 descreveram os fatores de risco modificáveis e não modificáveis para o AVE. Dentre os principais fatores não modificáveis do AVE isquêmico (AVEi), que representa a maior prevalência, estão: idade, sexo, raça, localização geográfica e hereditariedade. Já os principais fatores modificáveis do AVEi estão: hipertensão, fibrilação atrial, diabetes melito, dislipidemia, obesidade e o tabagismo. No Brasil, dentre as DNTs, o AVE é a causa mais frequente de óbito na população adulta (10% dos óbitos) e consiste no diagnóstico de 10% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2016 foram 188.223 internações para o tratamento de AVE isquêmico e hemorrágico no SUS, e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foi causa de 40.019 dos óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). O AVE apresenta-se como a principal causa de

incapacidade a longo prazo, os sobreviventes geralmente vivem de um a oito anos após o episódio da doença e a maioria experimenta diferentes graus de deficiência crônica, que limitam as suas capacidades funcionais e cognitivas, afetando as atividades de vida diária (SULLIVAN; SCHMITZ, 2011). De acordo com o grau de comprometimento das sequelas apresentadas, o paciente acometido necessitará de cuidados frequentes e, nesse momento, surge a figura do cuidador que pode ser um profissional ou membro da família (ARAÚJO et al., 2015). Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) o cuidador é alguém que presta cuidados a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. Porém, sabe-se que essa assistência muitas vezes é realizada por cuidadores informais, que são familiares ou pessoas da comunidade sem qualquer formação para exercer tal atividade. Em 2015, Costa et. al. descreveram que no Brasil a figura do cuidador tem sido desvalorizada tanto em nível governamental, devido à falta de estratégias e infraestruturas para intervir, de forma sistemática, no contexto da situação de dependência, quanto em nível não governamental, que inclui a própria família e profissionais de saúde, fazendo com que os cuidadores enfrentem desafios e inúmeras demandas que podem impor restrições em relação à própria vida, contribuindo para o aparecimento de sobrecargas. Estudos que abordam cuidados domiciliares, mostram que cuidar de doentes em casa é uma realidade da sociedade brasileira, porém por muitas vezes os cuidadores enfrentam dificuldades financeiras, sobrecarga física e emocional além de relatarem despreparo em lidar com a doença (CRUZ et. al., 2017). Por muitas vezes os familiares deixam a unidade hospitalar inseguros, com dificuldade de dar sequência ao tratamento, devido as informações recebidas durante a alta não serem claras sobre as necessidades dos cuidados domiciliares, sendo na maioria das vezes de forma generalizada (REIS e COBUCCI, 2011). O comprometimento funcional e cognitivo que o AVE pode acarretar, trás impactos não só na vida do indivíduo acometido, mas também na dos seus familiares. A qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores familiares apresentou-se comprometida em quase todos os domínios (físico e emocional) (COSTA et. al. 2016). Torna-se evidente a necessidade da discussão sobre a elaboração e implantação de um plano de orientações, considerando as necessidades do paciente e do cuidador, criando uma estratégia de apoio e suporte para minimizar os impactos gerados no ambiente familiar em que estão inseridos (CAMPOS DE OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011).

Dessa forma, as atividades desenvolvidas por este projeto visaram preparar o familiar da pessoa sequelada por AVE para que possa receber o paciente após a alta hospitalar, oferecendo a ajuda necessária, minimizando assim a sobrecarga imposta sobre ele.

Metodologia

O projeto aconteceu na Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD), no setor da Clínica Neurológica (CLN), após aprovação no CEP e registro (número: 004.2012- 2019) na Pró- Reitoria de Extensão e Cultura (Proexc), da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) e com aprovação da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) (número PE001/2019- SCCD). As atividades foram executadas pelos acadêmicos do curso de Fisioterapia e pela residente fisioterapeuta em Saúde do Idoso da UFVJM, sob a coordenação de um supervisor, no ano de 2019, sendo realizadas as sextas feiras, duas horas semanais, em que eram oferecidas orientações e capacitação ao cuidador ou acompanhante dos pacientes. Para escolha dos cuidadores e paciente, inicialmente era realizada uma análise aleatória (devido ao número de leitos e tempo gasto para cada intervenção, média de 40 minutos) dos prontuários dos pacientes diagnosticados com AVE, internados na CLN da SCCD (ver imagem 1), e preferencialmente sendo acompanhados por um cuidador no momento da intervenção.

Figura 1. Análise dos prontuários para escolha do paciente.



Fonte: Foto feita pelo pesquisador no posto de enfermagem da clínica neurológica HSCMD.

Anteriormente a intervenção (orientação) do dia, o caso clínico do paciente era discutido antes (ver imagem 2), com os acadêmicos e a residente, juntamente com o supervisor, com objetivo de conhecer melhor a evolução do paciente e as suas limitações neurofuncionais. Nesse momento eram abordadas as questões relacionadas a doença, com foco nos pontos mais relevantes de cada caso clínico, e sanadas as dúvidas que surgiam entre os discentes, preparando-os melhor para a realizar a avaliação no paciente e oferecer as orientações a serem dadas.

Figura 2. Discussão do caso clínico



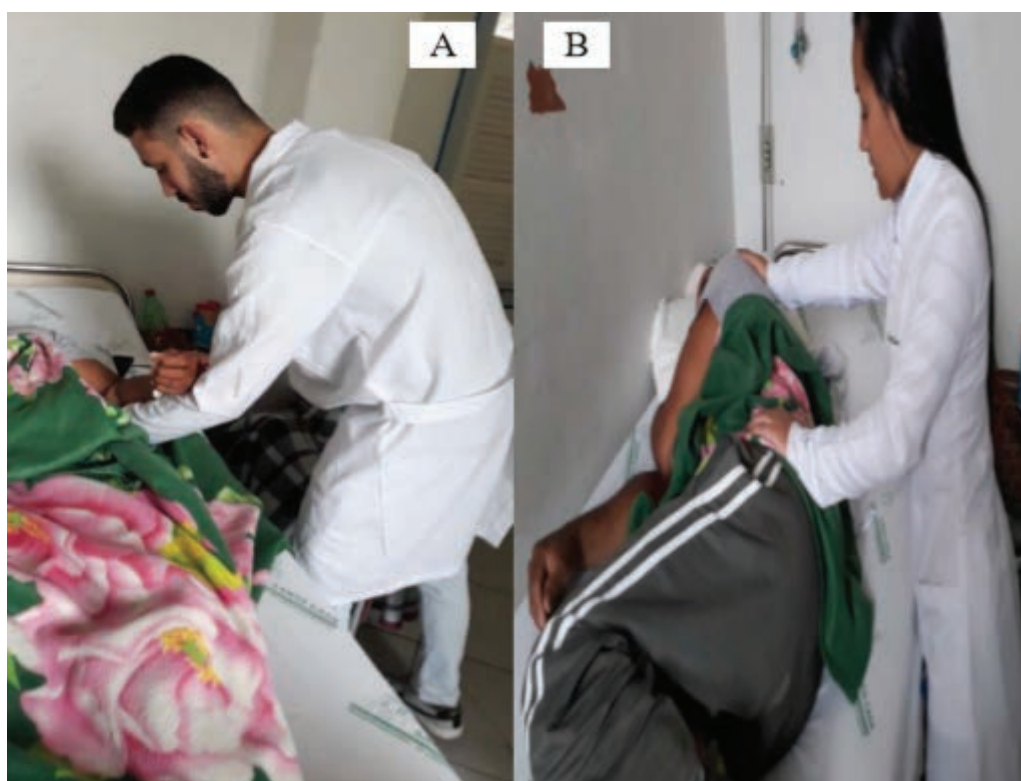
Fonte: Foto feita pelo pesquisador na clínica neurológica HSCMD.

Essa parte do projeto permitiu a interfase da extensão com ensino, melhorando o conhecimento do aluno e reduzindo suas dúvidas. Em seguida, dava-se início a intervenção, com duração média de quarenta minutos, em que o paciente inicialmente era avaliado (ver imagem 3A e 3B) para entendimento de

quais as limitações neurofuncionais apresentadas. A escala de Morse (escala para avaliar risco de queda em nível hospitalar) então era aplicada nesse momento e os dados coletados comparados com os do prontuário no dia da internação.

A partir daí as orientações aos cuidadores eram oferecidas, sendo realizadas diretamente no leito de cada paciente à quem exercia o cuidado, através de cartilhas (ver figura 1A e 1B) e apostilas ilustrativas, nas quais continham informações à respeito da conceitualização da doença abordada, fatores de risco, sinais, sintomas, como prevenir quedas no âmbito hospitalar e domiciliar, prevenção de recidiva, além de como realizar mudanças de decúbito, prevenção de úlceras de pressão, higienização e dietas do paciente, sendo também esclarecidas dúvidas e questionamentos que cada cuidador apresentava de acordo com sua necessidade.

Figura 3A e 3B. A avaliação do paciente: reflexo (A) e avaliação funcional (B)



Fonte: Foto feita pelo pesquisador no leito do paciente.

Figura 4A e 4B. Cartilha de orientações para o cuidador: anverso (A) e verso (B)

A

ÚLCERA DE PRESSÃO

MUDANÇAS DE POSIÇÃO PELA MENOS A CADA 2 HORAS!

TRANSFERÊNCIAS

Viral para o lado

PRINCIPAIS SINAIS DO AVC

Peça para dar um sorriso

Boca torta

Peça para elevar os braços

Perda de força

Replta a frase como uma música

Disculdade na fala

Ligue SAMU 192

PROETO CONHECENDO O AVC PARA CUIDAR

Professora: Dairine de Vive

Professora: Cilin Aires dos Reis Ferraz

Ana Paula Santos

Flávia Patrícia Galvão Machado

Isabel Tereza Loureiro Guimarães

Coordenadora: S. Gabriela

1- Clio

2- Lucas

3- Adriane

4- Mariana

5- Mariana

B

Deitado para sentado

Cadeira de rodas

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Instalar barras de apoio no banheiro e escadas.

Utilizar calçados e pantufas com sola de borracha, bem ajustados nos pés.

Área de circulação devem estar livres de móveis.

Mantenha os cômodos bem iluminados, sem áreas escuras.

EXERCÍCIOS PARA FAZER EM CASA

OBRIGADO(a) PELA ATENÇÃO! E LEMBRE-SE, CUIDE SEMPRE DA SUA SAÚDE!!!

Fonte: Cartilha confeccionada pelo grupo.

Aos cuidadores eram demonstrados alguns alongamentos e exercícios a serem realizados por eles, a fim de minimizar a fadiga física que estão submetidos no dia a dia de cuidados ao paciente, além de ser entregue uma cartilha. Ao final de cada intervenção o cuidador era submetido a um questionário que continha perguntas: se eles tinham medo referente a parte financeira; se ia mudar o estilo de sua vida

para cuidar do paciente; se tinha medo de levar o paciente para casa; sobre o que achava da atividade desenvolvida pelo projeto, sendo aberto espaço para críticas e sugestões.

Resultados e Discussão

Foram orientados 58 pacientes e 57 cuidadores. Destes cuidadores, 38 eram do sexo feminino, 19 eram do sexo masculino e tendo respectivamente a média de idade 48 e 41 anos.

Verificou-se dessa forma uma ampla prevalência de mulheres, destacando seu papel como cuidadora na cultura brasileira, já que, historicamente, ela sempre foi responsável pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos, enquanto o papel do homem era de trabalhar fora para garantir o provimento financeiro da família.

Apesar de todas as mudanças sociais, na composição familiar e dos novos papéis assumidos pela mulher, como sua maior participação no mercado de trabalho, a função do cuidado acaba ainda sendo assumido por ela (FONSECA e PENNA, 2008).

Entre os cuidadores orientados neste projeto, 89% apresentavam algum grau de parentesco com o paciente, 5 eram amigos, se enquadrando na categoria de cuidador informal e 1 era um cuidador contratado, mas não tinha capacitação para tal função profissional, evidenciando a necessidade da promoção de orientações, já que geralmente essa categoria não apresenta o preparo necessário para exercer o cuidado, a não ser por auto aprendizado e por experiências vividas.

Sabe-se que não só os pacientes, mas também seus cuidadores precisam de atenção e apoio profissional (OPARA e JARACZ, 2010) sendo de fundamental importância conhecer a realidade dos cuidadores, porque dessa forma é possível promover ações integrais em saúde que contemplem soluções para minimizar os efeitos danosos da sobrecarga do cuidado vivenciada por eles (PINTO et. al., 2009).

Também é necessário que se conheça as características, necessidades e expectativas da família, para prestar uma assistência mais direcionada, adequando as condutas e adaptando as orientações de acordo com à realidade familiar de cada cuidador e paciente (FONSECA e PENNA, 2008).

Foi observado neste período que a maioria dos cuidadores não tinham conhecimento a respeito da doença mostrando-se muitas vezes inseguros em receber o paciente em casa, estando de acordo com Sheier, Gonçalves e De Oliveira Lima (2003) que afirmaram ocorrer grande incerteza, temores e dúvidas entre os cuidadores, sobre quando, como e quais deverão ser os cuidados a serem realizados em domicílio.

Com o projeto, percebeu-se que 89% dos cuidadores iriam ter sua vida modificada por cuidar do paciente acometido pelo AVE, 56% tinham medo em relação a condição financeira, e 95% apresentaram uma ansiedade ou medo do retorno do indivíduo devido a insegurança no que diz respeito ao cuidado.

Neste sentido, pode-se perceber a importância de realizar uma intervenção individualizada, conhecendo a realidade e as necessidades de cada paciente e cuidador para que fosse passado o máximo de informações úteis a cada um (REIS e COBUCCI, 2011).

Desta forma foi explicado o que é a doença e quais seus fatores de riscos. Percebeu-se que a maioria dos pacientes abordados apresentavam: HAS, sedentarismo, etilismo, tabagismo e cardiopatia, e como sintomatologia a hemiparesia. Observou-se que poucos pacientes conseguiam rolar sem auxílio, assim passaram a ser dependente em suas AVDs, se fazendo necessário o cuidador. Foi avaliada também a saúde do cuidador, onde constatamos que 75% eram hipertensos, 89% sedentários, 25% etilista, e 60% estressados, mostrando uma falta de cuidado com sua própria saúde. A partir daí, foi orientada a importância dos cuidados com sua saúde e a prática regular de atividades físicas.

Na medida em que desempenha um papel fundamental na vida do paciente dependente, o cuidador apresenta a necessidade de manter o seu bem-estar e uma vida saudável, recebendo cuidados e

orientações em saúde, para que, dessa forma, possa prestar cuidados ao familiar necessitado (COSTA et al., 2016).

Costa et.al. (2015) destacaram a grande sobrecarga vivenciada pelos cuidadores, apontando para a necessidade de oferecer suporte a esses indivíduos que apresentavam sequela do AVE, visando à redução da sobrecarga relacionada às atividades referentes à prestação de cuidados e acessibilidade a conhecimentos. Dentro das orientações, foram feitos esclarecimentos sobre o risco de queda no âmbito hospitalar e domiciliar, já que a melhora do paciente aumenta tal risco.

Isso foi percebido pela Escala de Morse, onde a maioria dos pacientes ao internar apresenta baixo risco de queda por ter uma menor movimentação e durante a alta passa a ter risco moderado ou alto de queda por estar se locomovendo mais. Marinho et.al. (2017) mencionaram que prevenindo quedas, estaria evitando novas doenças ou complicações.

Porém, notou-se ao final de cada intervenção um resultado positivo, pois os cuidadores demonstravam muito mais confiança e segurança logo ao receberem as informações que eram passadas e após tirarem todas as dúvidas relacionadas ao cuidado com o paciente. Destaca-se a importância prática de intervenções realizadas por fisioterapeutas e demais profissionais de saúde buscando a melhoria na assistência, bem como de orientações e supervisões referentes ao cuidado prestado pelo cuidador familiar.

As atividades desenvolvidas neste projeto foram de grande valia, já que todos os cuidadores orientados tiveram oportunidade de agregar conhecimento em relação ao cuidado ao paciente com AVE, além de aprenderem exercícios para o autocuidado, visando diminuir a sobrecarga física que estão submetidos.

Também constatamos de acordo com o feedback verbal apresentado por cada cuidador ao final da intervenção que todos saíram menos ansiosos e mais preparados para receber e oferecer os cuidados ao paciente em casa podendo prevenir complicações e recidivas da doença.

Dessa forma, consideramos válida esta proposta de projeto de extensão, enfatizando que outras ações extensionistas como esta possam ser implantadas para que se alcance um número cada vez maior de cuidadores, que carecem de ações que os preparem melhor para prestar o cuidado.

Considerações finais

As intervenções realizadas pelo projeto “conhecendo para cuidar” foram bem recebidas por todos os envolvidos. E por meio deste projeto foi possível levar informações importantes sobre os cuidados ao portador de sequelas provenientes do AVE, podendo preparar melhor o cuidador para recebê-lo em casa, facilitando assim o processo de recuperação e prevenindo novas sequelas, do paciente e minimizando a sobrecarga do cuidador. Além de proporcionar a residente e aos graduandos de Fisioterapia a vivência prática tanto no processo de reabilitação como prevenção e promoção de saúde em relação a doenças neurológicas como o AVE.

Referências

AMERICAN STROKE ASSOCIATION. **Types of Stroke**. AMGH editor, 2014. Disponível em: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke> Acesso em 06 fev. 2020.

ARAÚJO, J. S.; SILVA, S. E. D.; SANTANA, M. E.; SANTOS, L. S.; SOUSA, R. F.; CONCEIÇÃO, V. M.; VASCONCELOS, E. V.; RODRIGUES, L. F. O lado paralelo do cuidar desvelado pelas representações dos cuidadores de adoecidos após acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 109-114, 23 mar. 2015.

PERRÚ, Z.; SOUZA, T. **Ministério da Saúde**. Brasil e mais onze países assinam documento para prevenção e enfrentamento do AVC. 8 ago. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agenciasaude/43985-ministerio-da-saude-e-signatario-da-carta-de-gramado-para-prevencao-e-enfrentamento-do-avc> Acesso em 07 fev. 2020.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego**. Classificação brasileira de ocupações. Disponível em: <http://www.mte.gov.br> Acesso em 07 fev. 2020.

COSTA, T.F.; COSTA, K.N.F.M.; FERNANDES, M.G.M.; MARTINS, K.P.; BRITO, S.S. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.2, p.245-252, 2015.

COSTA, T.F.; GOMES, T.M.; VIANA, L.R.C.; MARTINS, K.P.; COSTA-MACEDO, K.N.F. Stroke: patient characteristics and quality of life of caregivers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.5, p.877-83, set. 2016.

CRUZ, T.H.; TATSCH, P.N.; PICCIN, C.; MACHADO, L.G.; CHAVES, O.C.S.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Dificuldades enfrentadas por cuidadores familiares de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.11, n.1, 2017.

FONSECA, N.R.; PENNA, A.F.G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4 p.1175-1180, jul. 2008.

GREENBERG, D. A.; AMINOFF, M. J.; SIMON, R. P. **Neurologia clínica**. 8. Ed. Porto Alegre, RS: artes médicas, 2014. 478 p.

MARINHO, G. S.; ALVES, G. A. A.; OLIVEIRA, D. F.; GÓES, A. C. F.; MARTINEZ, B. P. Risco de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v.7 n.1, p.55-60, fev. 2017.

OPARA, J. A.; JARACZ, K. Qualidade de vida de pacientes pós-AVC e seus cuidadores. **Jornal de medicina e vida**, v.3, n.3, p.216, jun/set. 2010.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 5. ed. Brasil: Manole, 2010.

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta paulista de enfermagem**, v.22, n.5, p.652-657, 2009.

REIS, A. M.F.; COBUCCI, R. A. S. Preparo para alta hospitalar do usuário acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.4, n.1, 2011.

RODRIGUES, M. S.; SANTANA, L. F.; GALVÃO, I. M. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. **Rev Med**, São Paulo, v.96, n.3, p.187-92, set. 2017.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L. H. T.; DE OLIVEIRA LIMA, M. G. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n.1, p.61-68, abr. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory (GHO)** data NCD mortality and morbidity. 2016. Disponível em: https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ Acesso em 17 abr. 2019.

Recebido em 27 de março de 2020.

Aceito em 19 de Junho 2020.