

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: RELAÇÃO DO ESTRESSE PERCEBIDO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS*

Cleane Rosa Ribeiro da Silva¹, Stella Costa Valdevino², Patrícia Serpa de Souza Batista³, Jacira dos Santos Oliveira⁴, Claudia Jeane Lopes Pimenta⁵, Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira⁶, Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa⁷

RESUMO

Objetivo: analisar a relação entre o estresse percebido com as variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico.

Método: estudo transversal, realizado em 160 pessoas com sequelas do acidente vascular encefálico, cadastradas em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB, Brasil. As informações foram coletadas por instrumento semiestruturado para obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos, e a Escala de Estresse Percebido. A análise foi realizada por meio dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Resultados: o estresse percebido foi classificado como moderado (22,05;±10,92). Observou-se associação significativa entre o estresse com as variáveis fraqueza muscular ($p=0,041$), distúrbio de humor ($p=0,032$) e a presença de cuidador ($p=0,017$).

Conclusão: evidenciou-se associações significativas dos níveis elevados de estresse com as sequelas de fraqueza muscular e de distúrbio do humor, e dependência de cuidados de terceiros para a realização das atividades de vida diária.

DESCRITORES: Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Estresse Psicológico; Reabilitação; Estratégia Saúde da Família.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado "Capacidade funcional, estresse percebido e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico". Universidade Federal da Paraíba, 2019.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Silva CRR da, Valdevino SC, Batista PS de S, Oliveira J dos S, Pimenta CJL, Ferreira GRS, et al. Acidente vascular encefálico: relação do estresse percebido com variáveis sociodemográficas e clínicas. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em "[colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano](#)"]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67268>.

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

⁵Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

⁶Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

⁷Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

STROKE: RELATION OF PERCEIVED STRESS WITH SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL VARIABLES

ABSTRACT

Objective: To analyze the relation of the perceived stress with sociodemographic and clinical variables of people with sequelae of stroke.

Method: A cross-sectional study, conducted with 160 individuals with stroke-related sequelae, registered in Family Health Units in the city of João Pessoa-PB, Brazil. The information was collected using a semi-structured instrument to obtain sociodemographic and clinical data, and the Perceived Stress Scale. The analysis was performed using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests.

Results: The perceived stress was classified as moderate (22.05; \pm 10.92). A significant association was observed between stress and the muscle weakness ($p=0.041$), mood disorder ($p=0.032$), presence of a caregiver ($p=0.017$) variables.

Conclusion: There was a significant association of high levels of stress with the sequelae of muscle weakness and mood disorders, and care dependence of third parties to carry out daily living activities.

DESCRIPTORS: Nursing; Stroke; Psychological Stress; Rehabilitation; Family Health Strategy.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: RELACIÓN DEL ESTRÉS PERCIBIDO CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

RESUMEN:

Objetivo: analizar la relación del estrés percibido con las variables sociodemográficas y clínicas de personas con secuelas de un accidente cerebrovascular.

Método: estudio transversal realizado con 160 personas que presentan secuelas de un accidente cerebrovascular, registradas en Unidades de Salud de la Familia del municipio de João Pessoa-PB, Brasil. La diversa información se recopiló por medio de un instrumento semiestructurado a fin de obtener los datos sociodemográficos y clínicos, y a través de la Escala de Estrés Percibido. El análisis se realizó por medio de las pruebas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis.

Resultados: el estrés percibido se clasificó como moderado (22,05; \pm 10,92). Se observó una asociación significativa entre el estrés y las variables de debilidad muscular ($p=0,041$), cambios de humor ($p=0,032$) y presencia de un cuidador ($p=0,017$).

Conclusión: se hizo evidente una significativa asociación entre los niveles elevados de estrés y las secuelas de debilidad muscular y cambios de humor, además de la dependencia de cuidados a cargo de terceras personas para realizar las actividades de la vida diaria.

DESCRIPTORES: Enfermería; Accidente Cerebrovascular; Estrés Psicológico; Rehabilitación; Estrategia Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

As Doenças Cerebrovasculares (DCV) representam uma das principais causas de morbimortalidade no mundo⁽¹⁾. Dentre as DCV, a mais prevalente é o Acidente Vascular Encefálico (AVE)⁽²⁾, que se caracteriza como uma síndrome neurológica de desenvolvimento súbito proveniente de um distúrbio na circulação encefálica, que persiste por mais de 24 horas^(1,3).

Dados epidemiológicos demonstram elevada ocorrência de AVE no mundo⁽²⁾, inclusive, trata-se da primeira causa mais comum de morte na América Latina, com maior taxa de mortalidade no Brasil⁽⁴⁾. Em nível nacional, foram identificados mais de 936 mil casos de internações por AVE entre os anos de 2014 a 2018⁽⁵⁾, com taxa de fatalidade de 18,5% aos trinta dias e de 30,9% aos 12 meses⁽⁶⁾.

Dentre os sobreviventes de AVE, cerca de 90% apresentavam alguma seqüela decorrente desse evento⁽⁷⁾, ocasionando diversas mudanças na vida dos sobreviventes, como perda de papéis sociais, dificuldade para o autocuidado, dependências, prejuízos nos relacionamentos, além de repercussões emocionais^(8,9), o que pode exigir mecanismos de enfrentamento superiores aos que eles tem disponível para se adaptarem à nova realidade, resultando em estresse⁽¹⁰⁾.

O estresse se configura como um processo individualizado, fruto da relação entre a pessoa e as pressões ambientais, psicológicas ou desajustes biológicos⁽¹¹⁾. Nessa interação, não é a qualidade da situação que a torna um estressor, mas a forma como é percebida e julgada pelo indivíduo⁽¹⁰⁾. Ademais, o estresse resultante das repercussões do AVE pode acarretar desgastes, comprometer o processo de reabilitação e impactar negativamente o bem-estar geral dessa população.

No Brasil, a mensuração do estresse percebido e fatores associados em pessoas com morbidades crônicas, como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica e a doença renal crônica, têm sido foco de vários estudos na área da saúde e da enfermagem⁽¹²⁻¹⁵⁾. Entretanto, pesquisas que avaliaram esses aspectos em sobreviventes de AVE são escassas na produção científica nacional e internacional. As publicações que fazem relação entre o estresse e o AVE restringem-se ao estresse fisiológico do sobrevivente ou à adaptação e sobrecarga do cuidador⁽¹⁶⁾.

Avaliar o estresse percebido e os fatores relacionados em pessoas acometidas por AVE pode auxiliar os enfermeiros e demais profissionais de saúde na elaboração de um plano assistencial, que favoreça o processo adaptativo frente às adversidades ocasionadas pelo AVE e minimize o impacto dessa morbidade na vida dos sobreviventes. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre o estresse percebido, as variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas com seqüelas de AVE.

MÉTODO

Estudo transversal, exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com pessoas que possuíam seqüelas de AVE, cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF), do município de João Pessoa-PB, Brasil, entre julho e novembro de 2018.

A amostra foi calculada a partir do total de internações dos seis meses anteriores à coleta, na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do referido município, o que correspondeu a 231 internações, conforme informações do Departamento de Informática⁽⁵⁾. O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para população finita 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 146 indivíduos. Acrescentou-se 10% para possíveis perdas ou recusas, totalizando 160 participantes.

Foram definidos como critério de inclusão: pessoas atendidas em uma das Equipes de Saúde da Família (ESF) sorteadas, com acometimento de AVE com tempo igual ou superior a três meses, que apresentassem pelo menos um tipo de sequela proveniente do AVE e idade igual ou superior a 18 anos. Definiu-se como critérios de exclusão: comorbidade neurológica, afasia, diminuição significativa da audição, que pudessem impedir a compressão dos questionários, e déficits cognitivos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁷⁾.

O município de João Pessoa-PB possui 200 ESF. A escolha das ESF para captação dos participantes ocorreu por meio de sorteio que selecionou oito equipes dentre os cinco Distritos Sanitários do referido município, totalizando 40 ESF sorteadas. Para seleção dos participantes, foi solicitado aos enfermeiros das equipes selecionadas uma listagem de todas as pessoas com sequelas do acometimento de um AVE cadastradas e, com base nessa lista, realizou-se um sorteio de quatro 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. Destaca-se que se optou por realizar a entrevista no próprio domicílio do participante, pelo fato de a maioria apresentar limitações físicas, dificultando a locomoção.

Para obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes do estudo, utilizou-se um instrumento semiestruturado, construído com base em uma ampla investigação da literatura. Ele foi submetido à avaliação prévia de cinco juízes doutores de uma Universidade Federal, para validação da relevância e pertinência dos questionamentos quanto ao tema investigado. Para cada juiz foi entregue uma cópia do instrumento, para avaliar e julgar cada item como "relevante" ou "não relevante". Ao fim da análise dos juízes, o instrumento foi reestruturado de acordo com as sugestões elencadas.

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⁽¹⁸⁾.

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* 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 e exploratória.

Para verificar o pressuposto da normalidade, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e verificou-se que a variável estresse percebido apresentou distribuição não normal. A fim de identificar a relação entre o estresse percebido e as variáveis sociodemográficas e clínicas, utilizou-se os Testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, de acordo com os seus pressupostos. Considerou-se a associação estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$.

A pesquisa foi desenvolvida conforme os aspectos éticos que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. 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

Na distribuição dos dados sociodemográficos dos 160 participantes, observou-se que 82 (51,3%) eram do sexo masculino, 134 (83,8%) na faixa etária de 60 anos ou mais, 97 (60,6%) eram casados, 77 (48,1%) possuíam um a quatro anos de estudo e 122 (76,3%) com renda familiar de um a três salários mínimos.

Com relação ao estresse percebido, identificou-se média moderada, 22,05 (DP= \pm 10,92). Na associação com variáveis sociodemográficas, não houve significância estatística (Tabela 1).

Tabela 1 - Relação entre o estresse percebido e as variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa, PB, Brasil, 2018

Variáveis	Estresse Percebido		
	Média	DP*	p-valor
Sexo			
Masculino	21,69	4,75	0,811
Feminino	21,48	5,7	
Faixa etária			
<60 anos	22,96	4,87	0,128
≥60 anos	21,29	5,27	
Situação conjugal			
Casado	21,64	5,9	0,745
Solteiro	21,64	5,9	
Divorciado	21,61	4,55	
Viúvo	20,92	5,01	
Escolaridade (anos de estudo)			
Analfabeto	20,4	4,93	0,144
1-4	20,8	5,45	
5-8	23,36	4,51	
9-12	21,57	4,7	
≥13	23,75	6,49	
Renda familiar (salários mínimos)**			
<1	24,8	4,81	0,087
1 a 3	22,09	5,19	
4 a 5	18,52	5,66	
≥5	21,25	2,98	

*DP – Desvio padrão **Salário mínimo na época: R\$954,00. Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Sobre as características do AVE, 101 (63,1%) sofreram o último AVE há mais de um ano, 112 (70,0%) do tipo isquêmico e 106 (66,3%) sofreram apenas um episódio. Em relação às sequelas mais frequentes, 106 (66,3%) apresentaram sequelas motoras e 76 (47,5%) fraqueza muscular, 68 (42,5%) referiam acometimento por ambas as sequelas. Em relação à reabilitação, 73 (46,9%) fizeram ou fazem reabilitação, prevalecendo a fisioterapia, 73 (45,6%).

Observou-se significância estatística entre o estresse e as sequelas fraqueza muscular ($p=0,041$) e distúrbio de humor ($p=0,032$). Evidenciou-se que as pessoas que se referiram a essas sequelas demonstraram níveis de estresse mais elevados (Tabela 2).

Tabela 2 - Relação entre o estresse percebido e as características do AVE. João Pessoa, PB, Brasil, 2018 (continua)

Variáveis	Estresse Percebido		
	Média	DP*	p-valor
Tempo decorrido desde o último AVE (meses)			
3-6	23	3,67	0,134
7 – 1 ano	21,94	6,19	
> 1 ano	20,96	5,46	
Tipo do último AVE			
Não sabe	21,69	5,44	0,917
Hemorragico	21,42	5,03	
Isquêmico	21,23	4,35	
Episódios de AVE			
1	21,61	5,22	0,729
2-3	21,2	5,22	
≥4	21,45	5,78	
Tipo de sequelas			
Alteração motora			
Sim	22,14	5,43	0,085
Não	20,6	4,72	
Fraqueza muscular			
Sim	22,51	4,96	0,041
Não	20,75	5,34	
Déficit de sensibilidade			
Sim	22,53	5,34	0,252
Não	21,33	5,18	
Distúrbio de humor			
Sim	23,34	4,81	0,032
Não	21,1	5,25	
Alteração visual			
Sim	22,38	4,97	0,342
Não	21,37	5,29	

Disfagia			
Sim	22,54	5,25	0,332
Não	21,4	5,22	
Paralisia facial			
Não	21,6	5,22	0,958
Sim	21,52	5,42	
Fez/faz reabilitação			
Sim	22,07	5,13	0,233
Não	21,04	5,3	

*DP – Desvio padrão. Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

No que diz respeito à presença de cuidador, 100 (62,5%) participantes possuíam ajuda de terceiros, dos quais 91 (91,0%) eram do tipo cuidador informal. Sobre a quantidade, 40 (40,0%) relataram receber ajuda de apenas um cuidador e 44 (44,0%) tinham como cuidador principal o cônjuge. O estresse percebido apresentou associação com a presença de cuidador ($p=0,017$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação entre o estresse percebido e as variáveis referentes ao cuidador de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa, PB, Brasil, 2018

Variáveis	Estresse Percebido		
	Média	DP*	p-valor
Presença de cuidador			
Sim	22,39	5,15	0,017
Não	20,28	5,12	
Tipo de cuidador			
Informal	23,11	4,64	0,629
Formal	22,21	5,29	
Quantidade de cuidadores			
Um	22,13	5,69	0,432
Dois	22,16	4,92	
Três	22,21	4,67	
Cuidador principal			
Cuidador formal	23,22	5,65	0,155
Cônjuge	23,21	5,06	
Irmão	23	2,82	
Filho	21,31	4,83	
Nora ou genro	19,66	10,69	

*DP – Desvio padrão Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO

Identificou-se nesta pesquisa um nível moderado de estresse percebido. Portanto, resultado convergente foi identificado em uma investigação realizada nos Estados Unidos, 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, o qual obteve média de estresse na EEP-10 de 22,23 ($\pm 9,50$)⁽¹⁹⁾.

O AVE caracteriza-se como uma morbidade de início súbito, em que o sobrevivente, repentinamente, transita para um quadro de adoecimento, no qual se instala uma nova rotina de adaptações, causando exacerbada preocupação e incerteza com o futuro⁽²⁰⁾. 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 podem acarretar um sentimento de impotência e provocar estresse⁽²¹⁾.

Quando o estresse perdura por período prolongado, frequentemente repercute sobre os aspectos físicos, sociais e emocionais, o que pode contribuir para o desenvolvimento de novas doenças⁽²²⁾. Estudo longitudinal realizado nos EUA com adultos e idosos identificou que os níveis elevados de estresse aumentam o risco de AVE, sendo considerados como um fator de risco para novos episódios⁽²²⁾.

Dentre os fatores associados ao estresse, os indivíduos que referiram fraqueza muscular e distúrbio de humor apresentaram níveis mais elevados de estresse. A fraqueza muscular influencia na realização das atividades de vida diária, comprometendo a capacidade funcional dos sobreviventes^(8,16). A redução do estresse percebido está associada à diminuição da dependência funcional dos sobreviventes de AVE^(8,16), o que torna imprescindível a inserção dessas pessoas em programas de reabilitação, a fim de amenizar ou eliminar as limitações funcionais.

Em relação ao distúrbio de humor, um estudo realizado no Texas com sobreviventes de AVE verificou a depressão e as emoções negativas como fatores associados a níveis elevados de estresse⁽²³⁾. Uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto-SP também verificou relação entre a depressão e o estresse nos sobreviventes do AVE⁽¹⁶⁾. Um terço dos pacientes com AVE experimentam depressão⁽¹⁹⁾; os aspectos dessa morbidade como humor deprimido, fadiga, tristeza ou perda de interesse e prazer, podem ocasionar sentimentos pessimistas e de impotência, elevando os níveis de estresse^(19,24).

A presença de cuidador foi outro aspecto associado à elevada média de estresse. A dependência da ajuda de terceiros para a realização das atividades de vida diária pode provocar um sentimento de inutilidade e frustração^(8,16). A percepção de mudanças na rotina e a incapacidade de executar atividades antes corriqueiras eleva os níveis de estresse, além de, frequentemente, comprometer a autonomia e a qualidade de vida das pessoas acometidas por AVE⁽²¹⁾.

Nesse contexto, o enfermeiro e demais profissionais da saúde que prestam assistência às vítimas de AVE devem elaborar um plano de cuidados e incluir estratégias que favoreçam o processo adaptativo frente às mudanças decorrentes desse episódio, 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⁽²⁵⁾, visto que reduzir os níveis de estresse reflete positivamente na qualidade de vida desse segmento populacional.

O presente estudo apresentou como limitação a ausência de associações entre o estresse percebido com o nível de comprometimento funcional e a presença de comorbidades, uma vez que essas variáveis podem ter influenciado esses resultados. Outra limitação refere-se ao delineamento transversal, que não possibilita a relação de causa e efeito entre as variáveis. Sugere-se a realização de pesquisas que investiguem a relação do estresse percebido com outras variáveis aqui não abordadas, além de pesquisas

longitudinais com o intuito de investigar o impacto do estresse na vida das pessoas com sequelas de AVE ao longo do tempo.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram relação significativa entre o estresse percebido e as variáveis fraqueza muscular, distúrbio de humor e presença de cuidador. O nível de estresse e seus fatores relacionados devem ser rastreados e monitorados continuamente, para que sejam identificados precocemente e possam 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.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Pelicioni MC, Novaes MM, Peres ASC, Souza AAL de, Minelli C, Fábio SRC, et al. Functional versus nonfunctional rehabilitation in chronic ischemic stroke: evidences from a randomized functional MRI study. Neural plasticity [Internet]. 2016 [acesso em 04 jan 2019]; 6353218. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6353218>.
2. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. Circ Res. [Internet]. 2017 [acesso em 06 jan 2019]; 120(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>.
3. Maida C, Tuttolomondo A, Raimondo D Di, Daidone M, Pinto A. Management of blood pressure and heart rate in patients with acute stroke. Curr Pharm Des. [Internet]. 2017 [acesso em 06 jan 2019]; 23(31). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2174/1381612823666170714162455>.
4. Avezum A, Costa-Filho FF, Pieri A, Martins SO, Marin-Neto JA. Stroke in Latin America: burden of disease and opportunities for prevention. Glob Heart. [Internet]. 2015 [acesso em 06 abr 2019]; 10(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2014.01.006>.
5. DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Morbidade Hospitalar do SUS [Internet]. 2019 [acesso em 06 jan 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf.
7. Silva SM, Corrêa FI, Faria CDC de M, Buchalla CM, Silva PF da C, Corrêa JCF. Evaluation of post-stroke functionality based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: a proposal for use of assessment tools. J Phys Ther Sci. [Internet]. 2015 [acesso em 11 abr 2019]; 27(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1589/jpts.27.1665>.
8. Santos EB dos, Rodrigues RAP, Fhon JR, Haas VJ. Hanges and predictors of psychological stress among

- elderly stroke survivors 6 months after hospital discharge. *Stress Health* [Internet]. 2017 [acesso em 12 abr 2019]; 34(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/smi.2791>.
9. Meijering L, Nanninga CS, Lettinga, AT. Home-making after stroke. A qualitative study among dutch stroke survivors. *Health Place* [Internet]. 2016 [acesso em 12 abr 2019]; 37(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.11.006>.
10. Vine SJ, Moore LJ, Wilson MR. An integrative framework of stress, attention, and visuomotor performance. *Front Psychol* [Internet]. 2016 [acesso em 12 abr 2019]; 7(1). Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01671>.
11. Faro A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. *Psicol Reflex Crit.* [Internet]. 2015 [acesso em 11 abr 2019]; 28(1) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528103>.
12. Lira CLOB de, Avelar TC de, Bueno JMMH. Coping e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Est. Inter. Psicol.* [Internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2019]; 6(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n1p82>.
13. Mesquita AA, Lobato JL, Brito KP, Lima VFS de A. Estresse, enfrentamento e sua influência sobre a glicemia e a pressão arterial. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 03 abr 2019]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100007.
14. Geremias LM, Evangelista LF, Silva RC da, Furtado DS, Silveira-Monteiro CA, Freitas CF. Prevalência do diabetes mellitus associado ao estresse ocupacional em trabalhadores bancários. *Rev Cuid.* [Internet]. 2017 [acesso em 10 abr 2019]; 8(3). Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.442>.
15. Sousa L de, Marques-Vieira C, Severino S, Correo J, Gomes J, José H. A Depression anxiety stress scale em pessoas com doença renal crônica. *Rev. port. enferm. saúde mental.* [Internet]. 2017 [acesso em 10 abr 2019]; 17(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0183>.
16. Santos EB dos, Rodrigues RAP, Marques S, Pontes-Neto OM. Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2015 [acesso em 13 abr 2019]; 49(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500013>.
17. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 1994 [acesso em 13 abr 2019]; 52(1). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.
18. Luft C Di B, Sanches S de O, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos. *Rev. Saúde Públ* [Internet]. 2007 [acesso em 10 jan 2019]; 41(4). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>.
19. Laures-Gore JS, Defife LC. Perceived stress and depression in left and right hemisphere post-stroke patients. *Neuropsychol Rehabil.* [Internet]. 2013 [acesso em 10 jan 2019]; 23(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.811087>.
20. Faria A da CA, Martins MMFP da S, Schoeller SDM, Matos LO de. Caminho de cuidado da pessoa com acidente vascular cerebral: do início à reabilitação. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 17 jan 2019]; 70(3). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>.
21. Silva RA, Martins ÁKL, Castro NB de, Viana AV, Butcher HK, Silva VM da. Analysis of the concept of powerlessness in individuals with stroke. *Invest. Educ. Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 13 abr 2019]; 35(3). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a07>.
22. Everson-Rose SA, Roetker NS, Lutsey PL, Kershaw KN, Longstreth JR Sacco RL, et al. Chronic stress, depressive symptoms, anger, hostility, and risk of stroke and transient ischemic attack in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Stroke* [Internet]. 2014 [acesso em 11 abr 2019]; 45(8). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.004815>.
23. Ostwald SK, Swank PR, Khan MM. Predictors of functional independence and stress level of stroke

survivors at discharge from inpatient rehabilitation. J Cardiovasc Nurs. [Internet]. 2008 [acesso em 12 fev 2019]; 23(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18596503>.

24. Santos EB dos, Rodrigues RAP, Pontes-Neto OM. Prevalence and predictors of post stroke depression among elderly stroke survivors. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 2016 [acessado em 13 fev 2019]; 74(8). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20160088>.

25. Landeiro MJL, Martins TV, Peres HHC. Nurses' perception on the difficulties and information needs of family members caring for a dependent person. Texto contexto-enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 13 fev 2019]; 25(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160000430015>.

Recebido: 04/06/2019

Finalizado: 12/05/2020

Autor Correspondente:

Cleane Rosa Ribeiro da Silva

Universidade Federal da Paraíba

Cidade Universitária, s/n - 58051-085 - João Pessoa, PB, Brasil

E-mail: cleane_rosas@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - CRRS, SCV, PSSB, CJLP, GRSF

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - CRRS, SCV, PSSB, JSO, CJLP, GRSF

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - KNFMC

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - CRRS, KNFMC



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).