



ISSN: 2595-1661

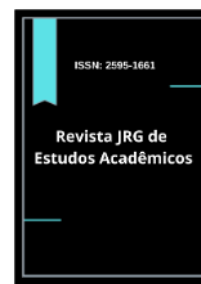
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br/)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Reabilitação pós-Acidente Vascular Cerebral: perspectiva do cuidador familiar

Post-stroke rehabilitation: the perspective of the family caregiver

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2972

ARK: 57118/JRG.v9i20.2972

Recebido: 20/01/2026 | Aceito: 22/02/2026 | Publicado on-line: 23/02/2026

Carolina Dias Andrade¹

<https://orcid.org/0009-0007-6947-713X>

<http://lattes.cnpq.br/5367409395951381>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal

E-mail: carolina-andrade@fepecs.edu.br

Débora Brasil Miranda²

<https://orcid.org/0009-0001-9857-738X>

<http://lattes.cnpq.br/2787400399170449>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal

E-mail: debora.miranda@fepecs.edu.br



Resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) produz repercussões que se estendem ao contexto familiar, impactando a experiência subjetiva dos cuidadores. Este estudo teve como objetivo compreender as experiências e os significados atribuídos por cuidadoras familiares ao acompanhamento de pacientes em reabilitação pós-AVC. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, de casos múltiplos, realizado em um Hospital de Reabilitação do Distrito Federal, com a participação de quatro cuidadoras familiares. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados a partir da Análise Temática. Os resultados evidenciaram que o cuidado familiar implica profundas reorganizações da vida cotidiana, marcadas por renúncias pessoais, redistribuição de papéis e sobreposição de responsabilidades, além de impactos subjetivos expressos por sentimentos de culpa, ambivalência e exaustão emocional. Observou-se ainda que a compreensão do processo de reabilitação e o alinhamento de expectativas entre cuidadoras, pacientes e equipe multiprofissional influenciam diretamente as estratégias de enfrentamento e a adesão ao tratamento. Os achados reforçam a importância de intervenções multiprofissionais que incluam o cuidador como sujeito ativo do processo terapêutico, com destaque para o suporte psicológico e ações de psicoeducação familiar no contexto da reabilitação pós-AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral. Cuidadores familiares. Atenção Integral à Saúde. Serviço de Psicologia Hospitalar.

¹Psicóloga, discente do Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física e Cognitiva da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. e-mail: carolina-andrade@fepecs.edu.br.

²Graduada em Psicologia e Serviço Social. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física e Cognitiva da Escola de Saúde Pública do DF. Mestre em Direitos Humanos e Cidadania. e-mail: debora.miranda@fepecs.edu.br.



Abstract

Stroke has repercussions that extend to the family context, impacting the subjective experience of caregivers. This study aimed to understand the experiences and meanings attributed by family caregivers to the care of patients in post-stroke rehabilitation. This is a qualitative, descriptive, and exploratory multiple case study conducted at a rehabilitation hospital in the Federal District, with the participation of four family caregivers. The data were produced through semi-structured interviews and analyzed using Thematic Analysis. The results showed that family care involves profound reorganization of daily life, marked by personal sacrifices, redistribution of roles, and overlapping responsibilities, in addition to subjective impacts expressed by feelings of guilt, ambivalence, and emotional exhaustion. It was also observed that understanding the rehabilitation process and aligning expectations among caregivers, patients, and the multidisciplinary team directly influence coping strategies and adherence to treatment. The findings reinforce the importance of multidisciplinary interventions that include the caregiver as an active subject in the therapeutic process, with an emphasis on psychological support and family psychoeducation actions in the context of post-stroke rehabilitation.

Keywords: Stroke. Stroke Rehabilitation. Caregivers. Comprehensive Health Care. Hospital Psychology Service.

1. Introdução

Dados epidemiológicos publicados pela Sociedade Brasileira de Acidente Vascular Cerebral (AVC) indicam que, globalmente, o AVC é a segunda causa de morte em todo o mundo, correspondendo a cerca de 11% de todos os óbitos. No contexto brasileiro, as estatísticas do Portal da Transparência do Registro Civil apontam que, em 2024, foram registrados mais de 85 mil óbitos por AVC (SBAVC, 2026). Por sua vez, no Distrito Federal os dados epidemiológicos coletados entre os anos de 2009 e 2019 registraram 19 mil internações por Acidente Vascular Cerebral não especificado (CID 164) em hospitais públicos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (DF), indicando incidência de 53,6 novas internações a cada 100 mil habitantes, considerando a projeção populacional de 2020, último ano analisado pelo estudo (RAMOS, et al., 2022).

O Acidente Vascular Cerebral é caracterizado pelo súbito déficit neurológico causado por hemorragia ou isquemia. O primeiro se dá pelo rompimento de vasos sanguíneos no cérebro, levando ao extravasamento do sangue. Em contrapartida o AVC isquêmico é caracterizado pela obstrução ou redução do fluxo sanguíneo em artéria cerebral, causando déficit na circulação sanguínea em determinada região encefálica. Ambos os casos podem resultar em sequelas motoras e cognitivas, que variam de acordo com a área e extensão da lesão cerebral. Existe também o Acidente Isquêmico Transitório (AIT), que tende a não deixar sequelas, entretanto pode sinalizar a ocorrência de um novo evento (RAMOS et al., 2022; BRASIL, 2013).

As Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral disponibilizadas pelo Ministério da Saúde preconizam que a intervenção seja precoce e abrangente, considerando que o tratamento imediato, associado à reabilitação individualizada, tem o potencial de prevenir sequelas e possibilitar a retomada breve da rotina e da participação na comunidade (BRASIL, 2013). Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a reabilitação é um serviço em saúde que trabalha para que o paciente atinja suas potencialidades, sejam elas físicas, mentais ou psicossociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Por ser um direito universal de saúde, os programas de reabilitação devem se mobilizar para oferecer um serviço de



qualidade, que seja acessível econômica e socialmente, contexto esse que também remete aos princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986).

O princípio da integralidade descrito pelo SUS abarca a importância de enxergar o indivíduo em sua totalidade e de promover uma atuação articulada com políticas públicas, promovendo a atuação interdisciplinar por meio de equipes de saúde e nas demais áreas que exerçam influência na qualidade de vida dos indivíduos em processo de reabilitação. O trabalho em equipe multidisciplinar na área da saúde pode contar com a atuação do psicólogo e de profissionais de diferentes áreas, como terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, farmácia, serviço social entre outras (BRASIL, 1986).

Nesse contexto de trabalho em equipe, a atuação do psicólogo decorre da ruptura da concepção de saúde como apenas a ausência de doença, incluindo aspectos psicossociais, resultando na ampliação da atuação destes profissionais em serviços de saúde. Um dos resultados é a possibilidade de cuidado voltada não apenas para o paciente, a partir de olhar clínico individualizante, mas também da atuação com a tríade família-equipe-paciente. Além disso, a escuta ativa, o acolhimento e o auxílio na adaptação do paciente e do familiar ao contexto hospitalar também são competências do profissional de psicologia (SOUZA COSTA, 2022).

Eventos significativos na vida podem provocar mudanças substanciais em todo o sistema familiar. No caso de um Acidente Vascular Cerebral, a depender dos déficits cognitivos e motores, o indivíduo pode deixar de desempenhar seu papel anterior como centralizador ou provedor e passar a depender de cuidados, apoio e motivação por parte de seus familiares (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006). Nesse contexto, a adesão ao tratamento e as estratégias de enfrentamento mobilizadas pelos familiares que passam a exercer o papel de cuidador principal configuram-se como aspectos relevantes a serem considerados no acompanhamento do processo de cuidado e reabilitação.

O conceito de cuidador definido pelo Ministério da Saúde, caracteriza e diferencia o cuidador formal e o informal. O cuidador formal é o profissional preparado por uma instituição de ensino para prestar cuidados, por sua vez o cuidador informal pode ser um membro da família ou da comunidade que passa a prestar cuidado à pessoa com algum grau de dependência. Dentro deste sistema, o cuidador principal, seja formal ou informal, tende a assumir as principais funções de cuidado, exercendo papel centralizador nas responsabilidades (BRASIL, 2012).

No contexto do Acidente Vascular Cerebral, destaca-se a figura do cuidador familiar, geralmente um membro da família que assume o cuidado de forma contínua e não remunerada, muitas vezes sem preparo prévio, a partir da necessidade imediata de reorganização da rotina frente às limitações físicas, cognitivas e funcionais impostas pelo adoecimento. O cuidador familiar passa a desempenhar tarefas que envolvem desde o auxílio nas atividades de vida diária até o acompanhamento do tratamento e a mediação da relação entre o paciente e a equipe de saúde, podendo vivenciar impactos significativos em sua saúde, na dinâmica familiar e no processo de reabilitação (PERLINI; FARO, 2005).

Ferreira e Campos (2023), em estudo acerca da atuação da equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento, apontam que a adesão terapêutica envolve a colaboração do paciente e de seus familiares na adoção de comportamentos que favoreçam resultados terapêuticos. Trata-se de um processo que não se configura como individual, mas como uma construção relacional e dinâmica entre paciente, família e equipe de saúde. Para além do seguimento de orientações médicas, a adesão implica a compreensão dos desafios que interferem na adoção de atitudes essenciais ao tratamento,



demandando a elaboração de estratégias para o enfrentamento das barreiras que atravessam esse processo.

As estratégias de enfrentamento, conforme descritas por Simonetti e Ferreira (2008), podem organizar-se de forma focada no problema ou focada na emoção. O enfrentamento centrado no problema caracteriza-se pela definição e sistematização de ações voltadas à resolução da situação estressora, o que nem sempre é possível em contextos de adoecimento crônico. Já o enfrentamento focado na emoção refere-se às tentativas de manejo do impacto emocional do estresse vivenciado, mesmo quando a situação não pode ser modificada. Na psicologia da saúde, adesão e enfrentamento constituem processos interdependentes, uma vez que as estratégias mobilizadas pelo cuidador e pelo paciente influenciam diretamente a forma como o tratamento é compreendido, sustentado e incorporado ao cotidiano.

Como descrito pelo Conselho Federal de Psicologia nas Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos em Serviços Hospitalares do SUS, o psicólogo deve pautar sua atuação não somente no cuidado ao paciente, mas também na promoção da saúde dos familiares e acompanhantes, visando compreender e favorecer estratégias de enfrentamento, oferecer escuta ativa e acolhimento, além de auxiliar na reorganização da estrutura familiar impactada (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Em termos de epidemiologia, o aumento exponencial da incidência de Acidentes Vasculares Cerebrais configura uma questão de relevância global em termos de saúde pública. Embora haja uma quantidade significativa de pesquisas sobre a doença, é possível identificar uma lacuna na literatura nacional sobre o papel do cuidador familiar nestes casos, sobretudo em serviços de reabilitação onde o cuidador desempenha papel crucial, trabalhando em conjunto à equipe e ao paciente.

Dessa forma, a partir do aprofundamento na temática, este estudo visou contribuir para maior compreensão sobre os papéis desempenhados por familiares e cuidadores de pacientes em reabilitação pós-Acidente Vascular Cerebral. A atuação do psicólogo nestes casos também foi investigada, reforçando a importância do cuidado integral destes pacientes a partir de uma perspectiva psicológica da atuação com esta população.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo conhecer a percepção e a compreensão do cuidador no acompanhamento de pacientes em reabilitação pós-Acidente Vascular Cerebral, buscando investigar o conhecimento do cuidador acerca do quadro de saúde do paciente em reabilitação, bem como suas expectativas em relação ao prognóstico. Buscou-se ainda investigar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos cuidadores e sua adesão ao plano terapêutico singular proposto pela equipe multiprofissional, assim como analisar os impactos das mudanças ocorridas na dinâmica familiar e nas relações de cuidado ao longo do processo de reabilitação.

A investigação no campo da Reabilitação Física e Cognitiva pode contribuir para a reflexão das práticas de cuidado adotadas atualmente, podendo auxiliar profissionais da saúde a exercerem seus papéis de forma congruente ao cenário, bem como proporcionar a elucidação dos principais desafios e estratégias para a atuação com esta população.

2. Metodologia

A presente pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, transversal, de caráter descritivo e exploratório, desenvolvido a partir da estratégia metodológica de estudos de casos múltiplos. Conforme descrito por Creswell (2014), a abordagem qualitativa mostra-se adequada para a investigação de problemas de pesquisa relacionados aos significados atribuídos por indivíduos ou grupos a questões sociais e humanas. Tal abordagem envolve a coleta de dados em contexto natural e um processo de análise que pode ocorrer de forma



indutiva ou dedutiva, resultando na identificação de padrões de respostas ou temas, visando compreender as interações complexas dos fatores envolvidos na situação estudada, a partir das falas dos participantes, da análise do pesquisador, da descrição, da interpretação e da contribuição produzida pela pesquisa. De acordo com Cresswell (2014), o estudo de caso, no âmbito da abordagem qualitativa, tem como objetivo possibilitar a compreensão aprofundada de uma questão, problema ou fenômeno específico, considerando suas múltiplas dimensões e contextos

O projeto de pesquisa foi previamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa da Saúde (CEP/FEPECS), em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, tendo sido aprovada sob parecer consubstanciado nº 7.876.273 (CAAE 91074725.5.0000.5553). Após a aprovação ética, iniciou-se o procedimento de coleta de dados. A identificação dos potenciais participantes ocorreu por meio da análise dos prontuários de pacientes em reabilitação hospitalar, de modo que tanto o paciente quanto o cuidador principal deveriam atender aos critérios estabelecidos para participação na pesquisa.

A amostragem adotada foi do tipo intencional, por critérios, característica de estudos qualitativos, nos quais os participantes são selecionados em função da relevância de suas experiências em relação ao fenômeno investigado. Estimou-se a inclusão mínima de quatro e máxima de dez participantes, considerando pacientes e cuidadores contabilizados individualmente. Esse intervalo foi definido a partir da natureza qualitativa do estudo, do delineamento metodológico e da especificidade do público-alvo, configurando-se como um critério pragmático que assegura a viabilidade operacional da pesquisa, a profundidade analítica dos dados e a possibilidade de alcance da saturação teórica, em consonância com recomendações da literatura (PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

Participaram do estudo quatro cuidadores principais que acompanhavam quatro pacientes internados em um Hospital de Reabilitação do Distrito Federal, em processo de reabilitação física e cognitiva hospitalar pós-Acidente Vascular Cerebral, totalizando oito participantes. Neste estudo, o cuidador principal corresponde, majoritariamente, ao cuidador familiar descrito na literatura, caracterizando-se pelo vínculo contínuo e não remunerado com o cuidado. Os pacientes participaram de forma indireta, mediante consentimento, a partir da utilização de dados secundários obtidos por meio da análise de prontuário. O número de participantes mostrou-se adequado ao delineamento de estudo de casos múltiplos, uma vez que esse tipo de investigação privilegia a compreensão contextualizada dos fenômenos, em detrimento da representatividade numérica, conforme preconizado na literatura metodológica qualitativa (CRESSWELL, 2014).

As entrevistas produziram dados densos e recorrentes, com convergência temática entre os relatos, indicando saturação conceitual no âmbito do fenômeno investigado. As informações coletadas incluíam a data de internação e a data prevista de alta hospitalar, idade do paciente, estado clínico (Bom Estado Geral, Regular Estado Geral ou Mau Estado Geral), liberação para reabilitação domiciliar e identificação do cuidador principal. Esses dados foram utilizados exclusivamente para fins de caracterização da amostra, sendo tratados de forma sigilosa, com preservação do anonimato dos participantes.

O estudo foi realizado em um Hospital de Reabilitação do Distrito Federal que dispõe de trinta leitos destinados a pacientes acometidos por diferentes lesões neurológicas, raquimedulares entre outras comorbidades. Em razão da regulação de leitos, dentre os 22 pacientes internados, apenas 9 possuíam diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral, os demais foram excluídos da pesquisa. A rotina institucional consiste em internação hospitalar durante a semana, de segunda a sexta-feira, e, quando



cl clinicamente aptos, reabilitação domiciliar (denominada alta temporária) aos finais de semana e feriados. Mesmo durante os períodos de reabilitação domiciliar, os pacientes permanecem regulados em regime de internação hospitalar até a data prevista de alta definitiva prevista pelo Plano Terapêutico Singular Multiprofissional.

Foram incluídos pacientes em internação hospitalar para reabilitação física e cognitiva pós-Acidente Vascular Cerebral por período mínimo de 15 dias, classificados em Bom ou Regular Estado Geral, em condições clínicas para reabilitação domiciliar aos finais de semana e feriados, e que tivessem realizado, no mínimo, um final de semana de alta temporária anterior à coleta de dados. Em relação aos cuidadores, foram incluídos aqueles que acompanhavam o paciente de forma integral por, no mínimo, três dias semanais, adultos com idades entre 21 e 65 anos, sem delimitações quanto à orientação de gênero ou identidade racial.

Foram excluídos da amostra 5 pacientes com prontuários incompletos ou sem identificação do cuidador principal, em desestabilização clínica no período da coleta, com diagnóstico prévio de doenças psiquiátricas ou transtornos cognitivos, bem como pacientes com comprometimento físico e cognitivo grave ou limitações severas de comunicação. Também foram excluídos cuidadores com vínculo instável, como substitutos ocasionais ou cuidadores pagos em caráter eventual, que não acompanharam a rotina do serviço de reabilitação hospitalar, além de cuidadores com diagnóstico prévio de transtornos psiquiátricos ou cognitivos.

O recrutamento ocorreu presencialmente, à beira-leito, em momento oportuno, sem interferência na rotina da enfermagem ou nas atividades de reabilitação do paciente e do cuidador. Na abordagem inicial, os objetivos da pesquisa foram apresentados, visando identificar o interesse em participar do estudo. Após a manifestação de interesse, a coleta de dados foi agendada e realizada no mesmo dia. Antes da realização das entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue e explicado detalhadamente ao paciente e ao cuidador, assegurando a compreensão de todos os itens dispostos no documento. A participação ocorreu mediante a assinatura dos termos de consentimento individualizados.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de forma presencial, em ambiente reservado, silencioso e em sala privativa disponibilizada pela unidade hospitalar, garantindo conforto e sigilo aos participantes. O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente quarenta minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio por meio de dispositivos eletrônicos da pesquisadora (um smartphone e um tablet), como medida de segurança para a preservação dos dados. Posteriormente, os arquivos de áudio foram armazenados em plataforma digital vinculada ao domínio institucional da pesquisadora.

Os dados foram transcritos integralmente com auxílio da ferramenta de “digitação por voz” do Google Docs, sendo posteriormente revisados de forma sistemática pela pesquisadora, garantindo fidelidade às falas dos participantes. Após transcrição e análise de dados, os áudios foram deletados visando segurança dos dados.

A análise dos dados foi conduzida por meio da Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006), a qual possibilita a organização, sistematização e interpretação minuciosa de dados qualitativos. O processo analítico seguiu seis etapas inter-relacionadas: familiarização com os dados; codificação inicial; identificação de temas potenciais; revisão dos temas; definição e nomeação dos temas; e elaboração do relatório analítico. Ao final da sexta etapa, os dados obtidos foram organizados em três categorias temáticas, sendo elas: 3.1. Tornar-se cuidador familiar; 3.2. Compreensão, adesão e enfrentamento; 3.3. Impactos subjetivos do cuidado.



Todo o processo foi orientado por princípios de rigor metodológico, considerando a implicação da pesquisadora no campo e a construção interpretativa dos sentidos produzidos. A pesquisadora não possuía vínculo prévio com os participantes, e a condução das entrevistas e da análise considerou, de forma reflexiva, a influência de sua posição no campo sobre a produção e interpretação dos dados.

3. Resultados e Discussão

Participaram deste estudo quatro cuidadoras familiares, todas do gênero feminino, que acompanhavam pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral em processo de reabilitação hospitalar (Tabela 1). As pacientes apresentavam idades entre 24 e 55 anos, sendo duas mulheres e dois homens, enquanto as cuidadoras tinham idades entre 22 e 48 anos. No que se refere ao grau de parentesco, duas cuidadoras eram esposas dos pacientes e duas eram filhas ou mães, evidenciando vínculos familiares próximos e a centralidade do cuidado no núcleo familiar. Todas as participantes exerciam o papel de cuidadora principal, caracterizando-se como cuidadoras familiares informais, responsáveis pelo acompanhamento contínuo do paciente durante o período de internação e pela articulação com a equipe de saúde.

Tabela 1 - Caracterização das participantes do estudo

Paciente	Idade e gênero do paciente	Cuidadora	Idade e gênero da cuidadora principal	Grau de parentesco com o paciente
P1	55 anos, mulher	C1	22 anos, mulher	filha
P2	24 anos, mulher	C2	48 anos, mulher	mãe
P3	42 anos, homem	C3	41 anos, mulher	esposa
P4	44 anos, homem	C4	40 anos, mulher	esposa

Fonte: Elaboração própria.

Embora o delineamento do estudo previsse a possibilidade de inclusão de cuidadores formais, estes não integraram a amostra no período das entrevistas, uma vez que, no período de coleta de dados, não havia cuidadores formais atuando nos cuidados dos pacientes internados para reabilitação no hospital onde a pesquisa foi realizada. Fonseca, Penna & Soares (2008) utilizam o termo "cuidador familiar" para definir as pessoas que assumem a principal responsabilidade do cuidado, assemelhando-se ao trabalho de um cuidador formal, entretanto não remunerado.

Inicialmente, observa-se que a composição inteiramente feminina das cuidadoras da amostra está em consonância com o que Rios (2024) descreve acerca da dimensão de gênero implicada nos processos de adaptação identitária. Sob essa perspectiva, tais adaptações tendem a ser socialmente naturalizadas quando exercidas por mulheres, uma vez que o cuidado, a disponibilidade emocional e a renúncia pessoal são historicamente e culturalmente atribuídos ao feminino. Esse enquadramento contribui para a invisibilização do cansaço persistente e do sofrimento emocional, frequentemente minimizados ou silenciados, ao passo em que reforça expectativas sociais que legitimam o acúmulo de funções como parte inerente do papel materno e cuidador (RIOS, 2024; SCAVONE, 2005; VANALI; KOMINEK; BOBER, 2023).



3.1. Tornar-se cuidador familiar

Em consonância com o objetivo de compreender a percepção ao tornar-se cuidador familiar, os relatos das quatro participantes evidenciam que o ato de assumir a responsabilidade pelo cuidado ocorreu de forma singular para cada uma das entrevistadas. A cuidadora C2 referiu que, quando sua filha foi acometida pelo AVC, renunciou ao emprego imediatamente:

Não, eu não revezo com ninguém. Eu tive que sair do meu trabalho, sou professora há 15 anos, mas nesse ano, infelizmente, só trabalhei a primeira semana. Quando aconteceu (o AVC) pedi dispensa e, como o contrato é temporário, você é só um número e não volta mais. Então ficou até mais fácil pra mim né, nessa parte do trabalho. Eu assumi o papel total do cuidado.

(C2)

Esse relato explicita como a assunção do cuidado ocorreu de forma abrupta, produzindo impacto nas ocupações e nos projetos pessoais da cuidadora. O exercício prolongado do cuidado tende a impactar a identidade ocupacional e os projetos pessoais da cuidadora, com possíveis repercussões em saúde mental, autocuidado e qualidade de vida, como explicado por Panstein e Kissula (2023) em estudo que evidenciam que diante do adoecimento de um membro da família, o cuidado tende a ser priorizado em detrimento de outras esferas da vida. Nesse contexto, a renúncia ao trabalho surge para a cuidadora C2 como uma resposta às demandas impostas pelo cuidado, especialmente quando este não é compartilhado com outros membros ou com a rede de apoio.

Por sua vez, o ato de tornar-se cuidadora trouxe desafios específicos na divisão de rotinas e papéis para as participantes C4 e C3, que relatam as dificuldades de assumir o cuidado dos respectivos esposos em um momento do ciclo vital marcado pela maternidade de filhos pequenos, com idades entre dois e quatro anos.

É um papel bem delicado né? Eu falo delicado assim, porque a gente nunca tá preparado né? Ter uma rotina dentro de um hospital. Pra mim está sendo bem delicado porque eu tenho que me dividir (...). Chega o final de semana me sobrecarrega porque aí eu tenho os cuidados com meu esposo, tenho os cuidados da casa, tenho os cuidados com meu filho. Quando chega o final de semana eu fico muito sobrecarregada, muito.

(C4)

A gente tem uma filha de três anos e aí foi bastante puxado. (...) Foi muito difícil tomar a decisão de vir para a reabilitação hospitalar pelo fato de ficar a semana inteira longe da nossa filha, que ainda é muito pequena né?

(C3)

Nestes dois trechos, identifica-se que o cuidado, anteriormente centrado majoritariamente nos filhos, passa a ser redirecionado também ao cônjuge adoecido, exigindo uma reorganização contínua das rotinas e uma redistribuição constante do tempo, da energia física e da disponibilidade emocional da cuidadora. Tal configuração sugere uma sobreposição de papéis familiares, marcada pela acumulação simultânea das funções de esposa, mãe e cuidadora principal, o que favorece a percepção da intensificação da sobrecarga operacional e emocional, como pontuado por Perlini e Faro (2005). As autoras destacam que a sobreposição de demandas parentais, conjugais e domésticas tende a ampliar a percepção de sobrecarga, uma vez que o cuidado ao familiar adoecido se soma às responsabilidades prévias, sem que haja redução proporcional das exigências já existentes.



Em contrapartida, o relato de C1 evidencia que o tornar-se cuidadora ocorreu de forma abrupta, implicando mudanças imediatas na rotina, na vida social e na percepção de si. A cuidadora descreve uma relação prévia considerada tranquila, que passa a ser atravessada por novas tensões e pela necessidade de renúncia a atividades pessoais, marcando um processo de reorganização identitária diante da assunção do cuidado:

Nossa relação é boa de mãe e filha. É tranquilo. Apesar que eu acho que por conta que às vezes ela quer tudo na hora, né? Acaba que a pessoa se estressa um pouco, mas fora isso tá de boa a nossa relação. (...) para mim que foi um baque de realidade do nada tudo mudou e enfim para quem gostava bastante de sair também, né? Tive que ficar mais em casa. Aí realmente eu caí na real e olhei e falei: “É, vou ter que cuidar dela agora. Agora já era, né?”
(C1).

A fala de C1 evidencia um processo ainda em elaboração, marcado pela aceitação do dever social de cuidar, onde simultaneamente a participante vivencia a perda de liberdade e ruptura com a vida anterior. Deste relato, depreende-se que o cuidado passou a ocupar lugar central na vida da cuidadora, produzindo uma reorganização identitária ainda não estabilizada. Em consonância, Fonseca, Penna e Soares (2008) destacam que, enquanto algumas pessoas conseguem lidar melhor com as demandas desse processo, outras acabam reagindo de forma menos adaptativa, especialmente quando o estresse ultrapassa seus recursos emocionais.

Nesse sentido, a cuidadora C2 relatou que passou a assumir, para além do papel de cuidadora, funções que extrapolam o lugar parental, ao tentar lidar com o afastamento da filha de seu ciclo social durante o período de reabilitação hospitalar.

Eu nem gosto de dorama, mas estou assistindo uns doramas pra gente ter o que falar né? Eu não gosto dos cantores que ela gosta, mas eu tô escutando pra conseguir falar com ela sobre eles. Eu detesto maquiagem, ela adora, então eu tô entrando nas coisas de maquiagem pra ver. São coisas que eu tô fazendo mas eu não gosto, faço pra ter um diálogo com ela. (...) Cansativo. Cansativo. Cansativo. Bem cansativo mesmo.
(C2)

O relato evidencia um movimento ativo de adaptação, no qual a cuidadora busca ocupar também os lugares de amiga, interlocutora e mediadora emocional, como forma de sustentar o vínculo e minimizar o sofrimento da filha frente às mudanças impostas pelo adoecimento. Essa dinâmica encontra respaldo na literatura que discute a fragilização das fronteiras entre os papéis familiares em contextos de adoecimento, proposta por Panstein e Kissula (2023). As autoras destacam que, diante de situações que exigem cuidado contínuo, é comum que o cuidador familiar amplie excessivamente suas funções, assumindo responsabilidades emocionais que extrapolam seu papel original. Tal sobreposição tende a comprometer o equilíbrio relacional e a intensificar o desgaste emocional, sobretudo quando não há delimitação clara entre as necessidades do outro e os próprios limites do cuidador.

Quando perguntada sobre como se enxergava neste momento de reabilitação, a cuidadora C4 relatou não apenas como ela se percebia neste processo, mas também como o esposo e equipe de saúde pareciam enxergá-la pela perspectiva do dever de cuidar, exemplificando a sobrecarga naturalizada pelo dever exercer o cuidado.

Eu tô sendo os braços e pernas dele, entendeu? Ele tá com a bolsa de colostomia, então ele não consegue fazer os cuidados e sou eu que faço né? E aí na hora da



troca mesmo, as técnicas de enfermagem foram fazer, mas eu acho que elas não estavam conseguindo e acaba que ele fica nervoso com isso. Aí ele fala: 'você têm que deixar isso para a minha esposa fazer'. Por isso eu acho que ele sente que eu sou né, os braços e as pernas dele nesse momento entendeu?
(C4)

Os relatos estão de acordo com o pressuposto de que a transição para o papel de cuidadora principal tende a ocorrer abruptamente, exigindo reorganização imediata da rotina e dos papéis familiares com potencial aumento da sobrecarga física e emocional do cuidador familiar. A literatura sobre o cuidado familiar no contexto do pós-AVC corrobora esses achados ao indicar que, quando o cuidador assume posição central no processo de reabilitação sem suporte institucional e psicossocial adequado, aumentam as chances de sobrecarga, exaustão emocional e sofrimento psíquico, além de impactos na saúde e na organização da vida cotidiana (PERLINI; FARO, 2005; FISHER et al., 2021).

Embora as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (BRASIL, 2013) preconizem uma intervenção precoce, integral e centrada no paciente, esse modelo pode se traduzir, na prática, em intensificação da dedicação do cuidador familiar, frequentemente sem reconhecimento explícito de seus limites e necessidades.

Os achados desta categoria indicam que o processo de tornar-se cuidadora familiar no contexto do Acidente Vascular Cerebral está associado a mudanças imediatas na organização da vida cotidiana, com repercussões diretas sobre o trabalho, a dinâmica familiar e a redistribuição dos papéis de cuidado. Os relatos evidenciam que a incorporação do cuidado tende a ocorrer de forma concentrada, envolvendo a renúncia a atividades profissionais, a sobreposição de funções parentais, conjugais e de cuidado, bem como a ampliação das demandas emocionais atribuídas à cuidadora. Esses resultados estão de acordo com os achados acerca do cuidado familiar no pós-AVC, que apontam a centralização do cuidado e o aumento da sobrecarga física e emocional, especialmente em contextos nos quais não há compartilhamento das responsabilidades ou suporte estruturado ao cuidador (PERLINI; FARO, 2005; FONSECA; PENNA; SOARES, 2008).

3.2. Compreensão, adesão e enfrentamento pós-AVC

Ao considerar o objetivo de investigar o conhecimento do cuidador acerca do quadro de saúde do paciente em reabilitação, bem como suas expectativas em relação ao prognóstico. em reabilitação pós-AVC, destaca-se que a adesão ao tratamento e as estratégias de enfrentamento constituem fenômenos centrais nos processos de saúde-doença. No contexto da reabilitação pós-AVC, a forma como o cuidador compreende a condição clínica da pessoa em reabilitação pode influenciar as expectativas em relação ao processo terapêutico, bem como os mecanismos de adesão e enfrentamento mobilizados tanto pelo paciente quanto pelo familiar (FERREIRA; CAMPOS, 2023; SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Nesse sentido, a participante C1 percebe que a mãe não teve sequelas cognitivas e cita as principais sequelas físicas, como andar mancando e precisar de apoio para deambular:

Eu espero que ela possa andar, né? Mas se, tipo assim, for uma condição que ela não vai conseguir andar de forma nenhuma, eu espero que ela aceite, né? E olhe pra aquilo e fale: 'A vida não vai parar por causa disso.' Eu penso assim.
(C1)



Na ausência de comprometimentos cognitivos, como descrito pela cuidadora C1, o processo adaptativo tende a se concentrar nas limitações físicas e na possibilidade de permanência de sequelas motoras. O discurso da cuidadora evidencia uma estratégia de enfrentamento focada na emoção, na medida em que busca amenizar o impacto afetivo do adoecimento por meio da elaboração emocional e da aceitação de possíveis perdas funcionais, mesmo diante da incerteza do prognóstico o que também foi bem descrito na literatura por (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Por sua vez, a cuidadora C3 evidencia dificuldades iniciais na compreensão das condutas terapêuticas, o que gerou frustração e expectativas desalinhadas quanto aos resultados funcionais esperados:

Quando teve a reunião multidisciplinar eu saí um pouquinho frustrada né? Eu tava com expectativa assim dele sair já com a mobilidade. Não estava entendendo que ele poderia sair daqui de andador. Então fui conversar com a fisioterapeuta e ela me explicou como estava sendo a evolução dele e que em breve tentariam a bengala. Depois de um tempo ele ficou bem independente em casa e sem a bengala, isso foi um refresco. Assim, quanto mais ele se sente independente, ele fica mais motivado.
(C3).

Esse relato sugere que expectativas desalinhadas podem gerar frustração no cuidador e interferir no processo de adesão ao plano terapêutico. Observa-se que C3 buscou alinhar com profissional da equipe, demonstrando que as expectativas, quando mediadas por comunicação clara e acessível da equipe de saúde, tendem a ser ajustadas, favorecendo a compreensão da reabilitação como um processo gradual e não linear. A percepção de ganhos funcionais progressivos, ainda que parciais, pode atuar como fator motivacional, fortalecendo tanto o engajamento do paciente quanto às estratégias de enfrentamento do cuidador. Esses achados dialogam com Perlini e Faro (2005), ao destacarem que o cuidado pós-AVC exige reorganizações contínuas da vida cotidiana e das expectativas familiares, e com Ferreira e Campos (2023), que apontam a comunicação entre equipe, paciente e familiares como elemento central para a adesão terapêutica. Nesse sentido, o alinhamento entre equipe, paciente e cuidador mostra-se fundamental para favorecer a adesão ao tratamento e a sustentação do cuidado ao longo do processo de reabilitação.

Em contraste, o relato da participante C2 traz outra compreensão acerca do processo de reabilitação:

Eu noto que ela fica muito sem o que fazer aqui, assim, deixa ela muito tempo ociosa né? São 45 minutos de fisioterapia e passa, aí tem dia que tem terapia ocupacional. A hidroterapia aqui é quatro dias, esse é onde todo mundo fala que ela vai ter o ganho maior, né? Ela queria voltar pra casa, mas eu falei: 'Vamos tentar pelo menos mais um mês para você ganhar, sair daqui com o sentimento de que a gente fez tudo que podia'.
(C2)

Observa-se que a forma como cada cuidador compreende o processo de reabilitação influencia a participação, a construção de sentido e o modo como se engaja nas decisões terapêuticas. No caso de C2, a percepção de que há pouca atividade para a paciente e a crença prévia de que a hidroterapia seria responsável pelos maiores ganhos funcionais podem gerar frustração e desgaste e, por conseguinte, gerar desalinhamento entre expectativas e a realidade do processo terapêutico o que também foi descrito por Simonetti e Ferreira (2008) e Ferreira e Campos (2023).



Esse distanciamento pode ser compreendido como um fator que fragiliza o vínculo com a equipe, influenciando a adesão ao tratamento e o enfrentamento da situação, fator evidenciado também pelo relato da cuidadora C4:

Quiseram (a equipe) dizer que o avanço dele foi tá muito pouco, a evolução dele tá muito baixa. Mas assim, no meu ponto de vista, é porque na minha cabeça tá muito recente ainda, sabe? Eu acho que isso tem que ser trabalhado com mais tempo. Porque na cabeça dele (do paciente), ele já entendeu que a doutora falou que ele não vai andar mais. Só que eu acho que é por isso que eu tô falando, isso que quem pode dizer é o tempo. E eu acho que o tempo ainda tá muito curto, muito pouco tempo.

(C4)

Ao relacionar a pouca evolução ao curto tempo de tratamento, a cuidadora demonstra a expectativa de que os ganhos funcionais ocorram de forma gradual, ao longo do processo de reabilitação, evidenciando um desencontro entre a expectativa da cuidadora e a avaliação da equipe. Quando a compreensão sobre o processo está comprometida ou baseada em expectativas idealizadas, o familiar pode experimentar sentimentos de desamparo, desacreditar da efetividade das intervenções ou interpretar a ausência de resultados imediatos como falha no cuidado.

Nesse sentido, Fisher et al. (2021), ao investigarem a vivência de cuidadores familiares nos primeiros dias após a alta hospitalar de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral, descrevem a presença de sentimentos como insegurança, medo da piora clínica e incerteza quanto às demandas do cuidado, especialmente quando o processo terapêutico não é plenamente compreendido ou quando há fragilidade nas orientações recebidas.

De forma geral, diferenças na forma de compreender o prognóstico e as condutas terapêuticas repercutem no engajamento, na construção de sentido do cuidado e no vínculo com a equipe, podendo favorecer a adaptação ou, ao contrário, gerar frustração e desgaste emocional. Nesse contexto, adesão e enfrentamento configuram-se como processos dinâmicos, atravessados pela comunicação com a equipe e pela possibilidade de ressignificação das experiências vividas, reforçando a centralidade do cuidador como sujeito ativo no processo de reabilitação (SIMONETTI; FERREIRA, 2008; FERREIRA; CAMPOS, 2023; FISHER et al., 2021).

3.3. Impactos subjetivos do cuidado

No que se refere ao objetivo de analisar repercussões do cuidado na dinâmica familiar, os achados indicaram que o adoecimento não impacta apenas o paciente, mas todo o sistema familiar. A participante C1 refere que a mãe exercia funções centrais na manutenção do lar:

(...) até meus irmãos que não faziam nada em casa estão fazendo almoço, janta... cada um criou uma tarefa lá em casa para fazer para não ficar muito pesado também. Por um lado eu tô achando bom, até porque ela descansa enquanto nós fazemos as coisas também, né, para ela. Eu acho isso bom, porque também ela já fez bastante coisa lá em casa, então acho que tá na hora de nós retribuir esse favor, né?

(C1)

A família e o adoecimento forçaram a redistribuição das funções entre os membros que antes não participavam ativamente nos cuidados da casa. Tal reorganização contribui para atenuar a sobrecarga do cuidador principal e evidencia que o cuidado,



quando compartilhado, pode ser vivenciado de forma mais sustentável, fortalecendo os vínculos familiares frente às transformações impostas pelo adoecimento (RIOS, 2024).

No caso da participante C3, o impacto subjetivo do cuidado foi percebido na vivência da própria maternidade e no distanciamento familiar da filha menor:

Chegou um momento que parece assim que eu tava escolhendo entre o meu marido e a minha filha. Agora não. Agora eu já tô tranquila com relação a isso. Foi isso que eu pensei: nesse momento ele precisa mais de mim do que ela. E eu sei que pode ser difícil nos primeiros dias, mas ela vai entender, vai se adaptar e não vai ficar nenhum trauma com relação a isso.

(C3)

A participante C3 relatou todo o processo de decisão para concordar com a reabilitação hospitalar, considerando principalmente o afastamento dos genitores da filha mais nova. Esse relato aponta que o processo inicial de tomada de decisão frente às necessidades do cuidado costuma ser marcado por dúvidas e sofrimento. Assim, o afastamento dos filhos não se configura apenas como uma reorganização prática da rotina, mas como uma experiência emocional que impacta profundamente a vivência da maternidade e a dinâmica familiar no contexto da reabilitação hospitalar (SIMONETTI; FERREIRA, 2008; SCAVONE, 2005; VANALI; KOMINEK; BOBER, 2023).

Fisher et al. (2021) descrevem que, nos primeiros momentos após o adoecimento, as famílias são convocadas a redistribuir funções, redefinir papéis e reorganizar a rotina cotidiana, processo frequentemente acompanhado por sentimentos de insegurança, ambivalência e sofrimento emocional. De modo complementar, Fonseca, Penna e Soares (2008) apontam que o cuidado familiar ultrapassa a dimensão prática, produzindo repercussões subjetivas importantes, sobretudo quando o cuidador precisa conciliar demandas concorrentes, como o cuidado ao familiar adoecido e as responsabilidades parentais.

A rede de apoio, muitas vezes composta por amigos, avós, ou parentes torna-se essencial para suprir a ausência da mãe cuidadora no ambiente doméstico, como relatado pela participante C4:

Se não fosse a minha mãe, eu não sei como é que estaria sendo a vida dele aqui no hospital, porque eu ainda passo a maior parte do tempo aqui, porque a minha mãe fica com esse meu bebê. (...) querendo ou não, eu sinto que ele sente falta, né? Ele sente falta. Tanto que quando eu chego, ele me vê chegando com o carro lá da janela, ele já me vê chegando, né? Ele fica muito na janela, ele pega um banquinho e fica na janela, entendeu? Me esperando. E aí ele já me vê chegando com o carro.

(C4)

Além disso, em alguns casos, o impacto do cuidado pode ser sentido como abdicação de individualidades, sentimentos e emoções em detrimento do outro. Cuidadores normalmente adotam uma posição de certa supressão emocional, ou seja, deixam de expressar sofrimentos, dúvidas e preocupações como forma de preservação do ente em reabilitação, como exemplificado pela fala das participantes:

Às vezes quando eu vou dormir, aí eu me desabo porque é a hora que eu tô sozinha, entendeu? E aí é na hora que eu tenho para, tipo assim, para querer tentar jogar um pouco para fora, né? Aí às vezes eu começo a chorar sozinha do nada, entendeu? (...) tem hora que minha cabeça fica um turbilhão.

(C4)



A fala da participante C4 evidencia um padrão de exaustão emocional compatível com o que a literatura descreve como sobrecarga do cuidador familiar, marcada por esforço psíquico contínuo e dificuldade de elaboração emocional diante das demandas prolongadas do cuidado (COSTA; MACÊDO COSTA; MARTINS; FERNANDES; BRITO, 2015).

Por sua vez a cuidadora C2, ao falar sobre os impactos subjetivos do cuidado durante período de reabilitação, enfatizou que o atendimento psicológico com maior frequência para a filha seria essencial para auxiliar no processo de ambas as partes:

Eu acho que faltou atendimento. (...) Eu não sei, eu não sei, porque vendo ela bem, automaticamente eu fico bem, entendeu? Essa parte da mente dela é, eu acho que é uma das piores, porque se a mente dela tá bem, eu acho que o corpo dela vai assimilando. Não sei, por mais que a lesão tá ali, a mente dela tando boa, ela vai fazendo alguma coisa para essa lesão dela e funcionar melhor ou pelo menos aceitação, eu não sei. Mas a mente dela tinha que estar melhor e eu não consigo porque eu não sou psicóloga, eu não sou psiquiatra, então eu precisava disso. Precisava de psicóloga para mim também, mas se tiver para ela já é meio caminho andado.
(C2)

O relato da cuidadora C2 revela um processo de regulação da própria ansiedade e capacidade de enfrentamento a partir do estado emocional da filha. Observa-se o deslocamento da função de manejo do sofrimento para o atendimento psicológico da paciente, indicando dificuldades de elaboração emocional própria e externalização das próprias expectativas prognósticas. A literatura aponta que, na ausência de espaços de escuta para a família, é comum que o cuidado psicológico do paciente seja investido como principal recurso de sustentação emocional do cuidador (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008; WILSON, 2020). Esse movimento ocorre em um contexto de alta demanda e limitações da rede de saúde mental, podendo intensificar sentimentos de frustração e desamparo (COSTA et al., 2015), ao mesmo tempo em que exemplifica a centralidade da dimensão emocional no processo de reabilitação.

Do ponto de vista da prática em saúde, tais achados evidenciam a importância de intervenções que reconheçam os impactos subjetivos da ampliação dos papéis exercidos pelo cuidador familiar. A atuação da equipe multiprofissional, em especial do psicólogo no contexto da reabilitação, mostra-se fundamental para favorecer a delimitação de funções, o fortalecimento de estratégias de enfrentamento e a promoção de espaços de escuta e acolhimento, contribuindo para a sustentação do cuidado e para a preservação da saúde emocional da cuidadora ao longo do processo de reabilitação (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019; SOUZA COSTA, 2022; SIMONETTI; FERREIRA, 2008; FERREIRA; CAMPOS, 2023).

Wilson (2020), pesquisadora em reabilitação neuropsicológica, destaca que o trabalho com a família é um eixo fundamental do processo terapêutico, especialmente diante dos impactos emocionais decorrentes da lesão neurológica. Wilson (2020) enfatiza, em seu capítulo dedicado ao trabalho com a família, a necessidade de inclusão da família no processo de reabilitação para favorecer o ajustamento emocional e a sustentação do cuidado ao longo do tratamento. Nesse sentido, a atuação do psicólogo no contexto da reabilitação pode ocorrer de forma precoce, por meio da identificação de sinais de sobrecarga, ansiedade e humor deprimido em cuidadoras familiares, utilizando intervenções breves de acolhimento, psicoeducação e regulação emocional. Estratégias como a orientação sobre o AVC, tempo de recuperação e manejo de expectativas podem auxiliar no manejo da culpa e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais flexíveis (WILSON et al., 2020; SOUZA COSTA, 2022).



4. Considerações Finais

O presente estudo possibilitou compreender as experiências e os significados atribuídos por quatro cuidadoras familiares ao acompanhamento de pacientes em reabilitação pós-Acidente Vascular Cerebral. As participantes relataram abdições de atividades profissionais, sociais e pessoais para exercer o cuidado integral, sugerindo sobreposição de responsabilidades e intensificação da sobrecarga. Esses achados evidenciam que o exercício do cuidado está associado a profundas reorganizações da vida cotidiana, frequentemente marcadas por renúncias, acúmulo de funções e naturalização do sofrimento, especialmente no contexto das relações de gênero.

Os resultados indicam que o cuidado ultrapassa uma dimensão meramente operacional, configurando-se como um processo subjetivo e relacional, atravessado por sentimentos de culpa, ambivalência, exaustão emocional, renúncias pessoais e necessidade de suporte. As mudanças na dinâmica familiar, a redistribuição de responsabilidades e, em alguns casos, o distanciamento temporário de filhos aparecem como experiências emocionalmente complexas, impactando identidades, vínculos e projetos de vida das cuidadoras.

Observou-se ainda que a compreensão do processo de reabilitação e o alinhamento de expectativas entre cuidadoras, pacientes e equipe multiprofissional exercem papel central na forma como o cuidado é experienciado. Quando essas expectativas estão baseadas em idealizações ou quando há fragilidade na comunicação, tendem a emergir frustração, desgaste emocional e enfraquecimento do vínculo com a equipe. Em contrapartida, a construção compartilhada de sentidos sobre o tratamento favorece maior engajamento, estratégias de enfrentamento mais flexíveis e melhores condições para a continuidade do cuidado no cotidiano.

Diante desses achados, destaca-se a importância de reconhecer o cuidador familiar como sujeito ativo no processo de reabilitação, considerando suas necessidades emocionais, limites e recursos. A atuação do psicólogo mostra-se fundamental nesse contexto, tanto no acompanhamento do paciente quanto no acolhimento e suporte aos familiares, contribuindo para a elaboração do sofrimento, o manejo das expectativas e a reorganização da vida familiar. Intervenções que considerem o sistema familiar como parte integrante do cuidado em saúde mostram-se essenciais para a sustentação do processo de reabilitação e para a promoção da saúde emocional dos envolvidos.

Por fim, ressalta-se que os resultados devem ser compreendidos no plano das experiências subjetivas e dos significados construídos pelas participantes, não tendo como finalidade estimar prevalências ou produzir generalizações. Trata-se de uma interpretação transversal construída a partir do diálogo entre os relatos das cuidadoras e a literatura, respeitando os limites inerentes ao delineamento qualitativo de casos múltiplos e contribuindo para a ampliação da compreensão sobre o cuidado familiar no contexto da reabilitação pós-AVC.



Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AVC (SBAVC). Números do AVC no Brasil e no mundo. Disponível em: <https://avc.org.br/sobre-a-sbavc/numeros-do-avc-no-brasil-e-no-mundo/>. Acesso em: 20 de janeiro de 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no SUS: serviços hospitalares**. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf. Acesso em: 17 de janeiro de 2025.
- COSTA, T. F. da; MACÊDO COSTA, K. N. de F.; MARTINS, K. P.; FERNANDES, M. G. de M.; BRITO, S. da S. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. **Revista Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 350-355, 2015.
- CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Porto Alegre: Penso, 2014.
- FERREIRA, A. P. C.; CAMPOS, E. M. P. A equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, e244855, 2023. DOI: 10.1590/1982-3703003244855. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/TQtxVL3fdgXTYvhyRfXFvJp/>. Acesso em: 03 de Outubro de 2025.
- FISHER, M. M. J. B. et al. Cuidando de familiar com sequela de acidente vascular cerebral: os primeiros dias em casa após alta hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, v. 25, e-1385, 2021. DOI: 10.5935/1415-2762.20210033.
- FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 727–743, 2008.
- MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente



vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 364–371, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência.**

São Paulo: Organização Mundial da Saúde, 2012. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2024.

PANSTEIN, K. E. S.; KISSULA, J. C. Fronteiras difusas: os desafios da falta de delimitação dos papéis parentais. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 11, p. 24588–24609, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N11-226.

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, v. 24, e43536, 2019.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 154–163, 2005.

RAMOS, D.; ROCHA, Z.; ASSIS, J. B.; VIEIRA, T.; OLIVEIRA, R. C.; PAOLA, A. Acidente vascular cerebral: perfil epidemiológico dos pacientes internados nos hospitais públicos do Distrito Federal (DF). **Health Residencies Journal**, v. 3, n. 15, p. 322–330, 2022.

RIOS, K. S. A construção social do gênero feminino atrelado a papéis sociais de cuidado. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 13, p. 1–19, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.13-578.

SCAVONE, Lucila. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (org.). **Gênero e saúde: programa saúde da família em questão**. São Paulo: ABRASCO; UNFPA, 2005. p. 101–111.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 19–25, 2008.

SOUZA COSTA, H. L. O papel do psicólogo na equipe multidisciplinar em instituições hospitalares. **Archives of Health**, v. 3, n. 2, p. 412–416, 2022.

VANALI, Ana Crhistina; KOMINEK, Andrea Maila Voss; BOBER, Vanessa. Ser mulher na sociedade brasileira. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, v. 16, n. 47, p. 276–288, 2023. DOI: 10.3895/cgt.v16n47. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/14526>

WILSON, B. A.; GRACEY, F.; EVANS, J. J.; BATEMAN, A. **Reabilitação neuropsicológica: teoria, modelos, terapia e eficácia**. 1. ed. São Paulo: Artesã, 2020.