



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

FRANCINE AGUILERA RODRIGUES DA SILVA

**Sobrecarga de cuidadores familiares e capacidade funcional de
pacientes com Acidente Vascular Cerebral**

**Goiânia
2017**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS
DE TESES E
DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

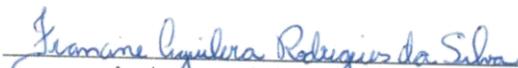
Nome completo do autor: Francine Aguilera Rodrigues da Silva

Título do trabalho: Sobrecarga de cuidadores familiares e capacidade funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral

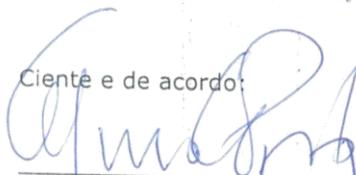
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 19 / 02 / 2017

¹Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente
- Submissão de artigo em revista científica
- Publicação como capítulo de livro
- Publicação da dissertação/tese em livro

²A assinatura deve ser escaneada.

FRANCINE AGUILERA RODRIGUES DA SILVA

**Sobrecarga de cuidadores familiares e capacidade funcional
de pacientes com Acidente Vascular Cerebral**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde da Universidade Federal de
Goiás para obtenção do Título de Mestre
em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celso Porto
Coorientadora: Profa. Dra. Cejane O. M. Prudente

**Goiânia
2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Silva, Francine Aguilera Rodrigues da
Sobrecarga de cuidadores familiares e capacidade funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral [manuscrito] / Francine Aguilera Rodrigues da Silva, Celmo Celeno Porto, Cejane Oliveira Martins Prudente. - 2017.
xvi, 119 f.

Orientador: Prof. Dr. Dr. Celmo Celeno Porto; co-orientador Dr. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Cuidadores. 2. Família. 3. Acidente vascular cerebral. 4. Revisão sistemática. 5. Reabilitação. I. Porto, Celmo Celeno. II. Prudente, Cejane Oliveira Martins. III. Porto, Dr. Celmo Celeno, orient. IV. Prudente, Dra. Cejane Oliveira Martins, co-orient. V. Título.

CDU 615.8

Ata de **Defesa de Dissertação de Mestrado** realizada por **Francine Aguilera Rodrigues da Silva**. **Aos cinco dias do mês Setembro de 2017**, às **08:00 horas**, reuniu-se na **Sala 3 da Faculdade de Medicina/UFG**, a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada "**Sobrecarga de cuidadores familiares e capacidade funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral**", como parte de requisitos necessários à obtenção do **título de Mestre**, área de concentração **Dinâmica do Processo Saúde-Doença**. O Presidente da Comissão julgadora, **Prof. Dr. Celmo Celeno Porto**, iniciando os trabalhos concedeu a palavra a candidata, para exposição em até **50 minutos** do seu trabalho. A seguir, o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se a mesma igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando a candidata aprovado(a) ou reprovado(a).

Banca Examinadora

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Prof. Dr. Celmo Celeno Porto - Presidente
Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente - Membro
Profa. Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro - Membro
Profa. Dra. Gabrielly Craveiro Ramos - Suplente

Aprovado
Aprovada
Aprovado
Aprovada

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou a candidata **Francine Aguilera Rodrigues da Silva** Habilitada () Não habilitada. Nada mais havendo a tratar, eu, **Prof. Dr. Celmo Celeno Porto**, lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

Prof. Dr. Celmo Celeno Porto - Presidente
Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente - Membro
Profa. Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro - Membro
Profa. Dra. Gabrielly Craveiro Ramos - Suplente

Assinatura:






A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:


Francine Aguilera Rodrigues da Silva

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno(a): Francine Aguilera Rodrigues da Silva

Orientador(a): Celmo Celeno Porto

Coorientador(a): Cejane O. M. Prudente

Membros:

1. Prof. Dr. Celmo Celeno Porto (UFG) - Presidente

2. Prof^a. Dr^a. Cejane Oliveira Martins Prudente (PUC/UEG/GO)

3. Prof^a. Dr^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro (PUC/UEG/GO)

OU

4. Prof^a. Dr^a Gabrielly Craveiro Ramos (PUC/GO)

Data: 05/09/2017

Dedico este trabalho...

Ao meu querido e amado esposo Cleber pela paciência, dedicação, carinho e cuidados dedicados nesse momento de desafio da minha vida.

À minha doce e amada filha Fernanda, agradeço por entender minha ausência. Você é o orgulho da mamãe! Você é a minha guerreira!

AMO VOCÊS!!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus por me oportunizar esse aprendizado, e por sua presença constante e fundamental em minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Celmo Celso Porto por ter me acolhido, e ensinado tanto durante a realização desse trabalho. Suas orientações sempre foram valiosas! O meu eterno obrigado.

À minha coorientadora Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente, por sua dedicada participação em todo o desenvolvimento dessa dissertação. Sempre serei grata, minha amiga!

Aos meus pais e irmãos que sempre acreditaram e apoiaram a minha trajetória de formação profissional.

Aos demais familiares e a todos os meus colegas do CRER pelo apoio indireto, mas imprescindível para a realização desse trabalho e do mestrado.

À direção do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, em especial a Sra. Sônia Helena Adorno de Paiva e ao Supervisor Rogério de Souza Alves de Castro por todo apoio oportunizado.

Agradeço imensamente à Terapia Ocupacional e Fisioterapia do Serviço de Internação, e à equipe administrativa do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, especialmente ao Terapeuta Ocupacional Edward Silva Luz, à Fisioterapeuta Ana Carolina R.F. Launé, e aos apoios administrativos Erman Lelis de Goiás Felipe e Matheus Souza Ferreira.

Aos cuidadores familiares e pacientes envolvidos neste trabalho tenho que deixar meu especial agradecimento pelo aprendizado de vida, pelos ensinamentos obtidos em cada entrevista. Com certeza esse trabalho mudou minha vida profissional e pessoal!

SUMÁRIO

TABELAS, FIGURAS, QUADROS, ANEXOS E APÊNDICES.....	X
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	XII
RESUMO	XIV
ABSTRACT	XVI
1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Motivação pelo tema	17
1.2 Justificativa.....	18
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Acidente vascular cerebral.....	20
2.2 Epidemiologia.....	21
2.3 Comprometimentos funcionais no acidente vascular cerebral	22
2.4 Acidente vascular cerebral e os cuidadores familiares	23
2.5 Sobrecarga nos cuidadores familiares	24
2.6 Capacidade funcional no acidente vascular cerebral e a sobrecarga	25
2.7 Transição da alta hospitalar para o cuidado domiciliar	26
3. OBJETIVOS.....	28
4. MÉTODOS	29
4.1 Artigo 1.....	29
4.2 Artigo 2.....	30
4.2.1 Tipo de estudo	30
4.2.2 Local do estudo.....	30
4.2.3 Período do estudo.....	31
4.2.4 Amostra.....	31
4.2.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	31
4.2.6 Instrumentos	31
4.2.7 Procedimentos	32
4.2.8 Análise estatística	33
5. PUBLICAÇÕES	34
5.1. Artigo 1.....	34
5.2. Artigo 2.....	53
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	73

7. REFERÊNCIAS	76
8. ANEXOS	83
9. APÊNDICES	112

TABELAS, FIGURAS, QUADROS, ANEXOS, APÊNDICES

TABELAS

TABELA 1.

Artigo 1 Pontuação e percentual de qualidade dos artigos selecionados a partir dos critérios STROBE e CONSORT40

TABELA 1.

Artigo 2 Perfil sociodemográfico dos cuidadores de acordo com o tipo de AVC.....60

TABELA 2.

Artigo 2 Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes de acordo com o tipo de AVC.....61

TABELA 3.

Artigo 2 Análise da evolução da capacidade funcional de acordo com o tipo de AVC.....62

TABELA 4.

Artigo 2 Análise da evolução da sobrecarga dos cuidadores de acordo com o tipo de AVC.....63

TABELA 5.

Artigo 2 Relação entre a evolução da capacidade funcional dos pacientes e da sobrecarga dos cuidadores.....64

FIGURAS

FIGURA 1.

Artigo 1 Fluxograma das etapas seguidas para seleção dos artigos39

QUADROS

QUADRO 1.

Artigo 1 Artigos referentes a influência da capacidade funcional dos pacientes com AVC na evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares41

ANEXOS

Anexo A Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás.....	83
Anexo B Normas de publicação na Revista Ciências e Saúde Coletiva	85
Anexo C Normas de publicação na Revista Latino Americana de Enfermagem.....	92
Anexo D Medida de Independência Funcional (MIF)	107
Anexo E Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)	109
Anexo F Declaração de submissão do artigo 1	111

APÊNDICES

Apêndice A Questionário sociodemográfico dos cuidadores familiares.....	112
Apêndice B Questionário sociodemográfico e clínico dos pacientes	113
Apêndice C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAMEEP	Associação de Atendimento Multiprofissional e Ensino Especial Profissionalizante
ABVD's	Atividades Básicas de Vida Diária
ADFEGO	Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás
AIVD's	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRER	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
CUMED	Biblioteca Virtual em Saúde de Cuba
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IRGLM	Instituto Gingras- Lindsay de Montreal
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Mecanismos de Eficácia de Controle
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MIF	Medida de Independência Funcional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUBMED	<i>United States National Library of Medicine</i>
PUC-Goiás	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
QASCI	Questionário para Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal
RM	Ressonância Magnética
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR1	Teste de Relevância I
TR2	Teste de Relevância II
UNIP	Universidade Paulista
UFG	Universidade Federal de Goiás

RESUMO

Dissertação construída no modelo de artigos científicos. O primeiro artigo foi submetido à publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva, tendo como título “Sobrecarga dos cuidadores e capacidade funcional de pacientes com acidente vascular cerebral: revisão sistemática”. **Objetivo:** investigar as mudanças na capacidade funcional dos pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) e sua influência na evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares. **Métodos:** foram utilizados os descritores *stroke and caregivers and burden*; *stroke and family and burden*, em português e inglês, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *United States National Library of Medicine* (PubMed), incluindo artigos científicos publicados no período de 2000 a 2016. **Resultados:** inicialmente foram encontrados 420 títulos; após as etapas da revisão permaneceram nove estudos longitudinais e um ensaio clínico randomizado. O aumento da sobrecarga dos cuidadores foi associado à diminuição da capacidade funcional dos pacientes. Outros fatores, incluindo déficits de compreensão e comunicação dos pacientes, ansiedade e depressão nos cuidadores, idade avançada do cuidador, ser do sexo feminino e cônjuge do paciente, desemprego, falta de apoio social e de ajustamento familiar, também foram associados ao aumento da sobrecarga. Nos estudos em que houve diminuição da sobrecarga, ela foi associada à melhora da capacidade funcional e ao treinamento dos cuidadores. O segundo artigo, a ser submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem tem como título “Sobrecarga de cuidadores familiares e capacidade funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: estudo longitudinal”. **Objetivo:** avaliar a sobrecarga de cuidadores familiares e sua relação com a evolução da capacidade funcional dos pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) ou Acidente Vascular Hemorrágico (AVCH). **Método:** estudo longitudinal analítico, realizado em três momentos: na primeira semana de internação dos pacientes, na alta e três meses após a alta. Utilizou-se um questionário para o perfil sociodemográfico dos cuidadores, outro para o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes; Medida de Independência Funcional (MIF) e Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI). **Resultados:** participaram 51 cuidadores familiares de 51 pacientes com sequela de AVC; 29,41% com AVCH e 70,59% com AVCI. Os pacientes obtiveram ganhos significativos na funcionalidade em todos os domínios, com alguns resultados melhores nos pacientes com AVCH. Na admissão, observou-se sobrecarga moderada nos cuidadores na maioria dos domínios, sem modificações nas avaliações seguintes. Mudanças significativas foram observadas no domínio “Mecanismos de Eficácia e Controle”, em ambos os tipos de AVC. A evolução da capacidade funcional dos pacientes não influenciou na evolução da sobrecarga nos cuidadores. **Conclusão:** a ausência da relação entre a capacidade funcional dos pacientes e a sobrecarga dos cuidadores, demonstra que mudanças na capacidade funcional não podem ser consideradas isoladamente, na análise da sobrecarga dos cuidadores. Os resultados direcionam a abordagem dos profissionais da reabilitação para a necessidade de assistência multiprofissional intensificada aos pacientes com

sequela de AVC que visem não somente a melhora da capacidade funcional, mas também preparação adequada dos cuidadores.

Descritores: Cuidadores; Família; Acidente Vascular Cerebral; Revisão Sistemática; Reabilitação.

ABSTRACT

Dissertation produced in in the format of scientific articles. The first article was submitted to the *Ciência & Saúde Coletiva* journal and is entitled "Burden's caregivers and functional capacity of patients with strokes: sistematic review". **Objective:** to investigate the changes in the functional capacity of stroke patients and their influence on the evolution of family caregivers' burden. **Method:** the following descriptors were used stroke *and* caregivers *and* burden; stroke *and* family *and* burden, in the Virtual Health Library (VHL) and in the United States National Library of Medicine (PubMed), considering articles published in the period from 2000 to 2016. **Results:** initially 420 titles were found; after the review stages nine longitudinal studies and a randomized clinical trial remained. The increased caregiver's burden was associated with decreased in functional capacity of the patients. Other factors, including patient understanding and communication deficits, anxiety and depression in caregivers, elderly caregiver status, being female and patient's spouse, unemployment, lack of social support and family adjustment were also associated with increased caregiver's burden. In studies where there was a reduction in burden, it was associated with improvement in functional capacity and training of the caregivers. The second article, to be submitted to the *Latin-American Journal of Nursing*, is entitled "Burden's family caregivers and functional capacity of patients with strokes: longitudinal study". **Objective:** to evaluate the burden of family caregivers and the their relation with the evolution of functional capacity of patients who suffered from Ischemic Stroke (IS) or Hemorrhagic Stroke (HS). **Method:** longitudinal analytical study, realized in three moments: in the first week of hospitalization, at discharge and three months after discharge. A questionnaire was used for the sociodemographic profile of caregivers, another for the sociodemographic and clinical profile of the patients; Functional Independence Measure (FIM) and Informal Caregiver Overload Assessment Questionnaire (COAQ). **Results:** participated 51 family caregivers of 51 patients with stroke sequelae; 29.41% with stroke and 70.59% with HS. Patients achieved significant gains in functionality in all domains, with some better outcomes in patients with stroke. At admission, moderate burden was observed in caregivers in most domains, with no changes in subsequent assessments. Significant changes were observed in the domain "Mechanisms of Efficacy and Control" in both types of stroke. The evolution of patients' functional capacity did not influence the evolution of the burden in the caregivers. **Conclusions:** the absence of the relationship between the patients' functional capacity and the burden in the caregivers demonstrates that changes in functional capacity can not be considered in isolation when analyzing the caregivers burden. The results direct the approach of rehabilitation professionals to the need for intensified multiprofessional care for patients with stroke sequelae that aim not only to improve functional capacity but also to adequately prepare caregivers.

Keywords: Caregivers; Family; Stroke; Systematic review; Rehabilitation.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Motivação pelo Tema

Concluí o curso de Fisioterapia em 1998 e mudei para São Paulo, objetivando a realização de um curso de Pós-graduação em Fisioterapia Neurológica. Em 1999 iniciei minha carreira profissional, atendendo neuropediatria em uma Associação de Atendimento Multiprofissional e Ensino Especial Profissionalizante (AAMEEP).

Em 2002 ao retornar para Goiânia, atuei como fisioterapeuta e coordenadora do serviço de reabilitação na Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás (ADFEGO). Neste local, aprendi muito e tive uma experiência de cinco anos na gestão de profissionais, envolvidos em atendimentos domiciliares a pacientes adultos com sequelas neurológicas. Nesse mesmo ano, iniciei carreira docente na Universidade Paulista (UNIP) com a disciplina de Hidroterapia, área onde atuava desde o início de minha carreira profissional.

Há 14 anos atendo pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) e há 11 anos, tornei-me docente na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), ministrando estágio supervisionado em Neurologia no próprio CRER, onde acompanho e oriento, diretamente, os atendimentos dos alunos no ambulatório de Neurologia Adulto e Infantil. Dentre os pacientes adultos, nossa clientela mais expressiva está representada por pacientes com AVC.

Em todos esses anos tenho notado os diferentes déficits temporários ou permanentes de variadas intensidades, afetando a capacidade funcional dos pacientes com sequelas de AVC, e também comecei a observar as diferentes formas com que as famílias desses pacientes enfrentavam esse processo.

A reabilitação neurológica envolve a participação ativa da família. Em nossos atendimentos é comum escutar queixas relacionadas ao desgaste físico, emocional e financeiro, relatadas pelos cuidadores. Muitas vezes a atenção à dinâmica familiar é deixada em segundo plano, pela rotina estabelecida nos serviços de reabilitação, em contrapartida a um atendimento que enfoca os ganhos funcionais dos pacientes.

No serviço de internação para reabilitação do CRER, todos os pacientes são acompanhados por cuidadores, familiares ou remunerados. Há uma grande

mudança no cotidiano das famílias que acompanham os pacientes nesse serviço, e que a meu ver ficam sobrecarregadas.

Acredito que a internação para reabilitação poderá promover importantes ganhos funcionais nos pacientes que sofreram AVC, e poderá preparar melhor a família para a rotina e sobrecarga envolvidas nos cuidados domiciliares.

1.2. Justificativa

O aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional aumentou a exposição aos fatores responsáveis pelo aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (CANUTO; NOGUEIRA, 2015).

Uma das estratégias que permite aos profissionais da saúde planejarem e implantarem intervenções educativas e programas públicos de suporte social à família é o conhecimento do perfil dos pacientes que sofreram AVC e de seus cuidadores.

Tanto a pessoa que sobrevive ao AVC quanto seus familiares necessitam de ações e cuidados complexos desde o evento cerebral, no período de hospitalização, e, principalmente, no domicílio (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; PAIVA et al., 2015).

A informação sobre o curso da recuperação funcional e as diferenças a esse respeito, entre os pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) ou Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), seria de utilidade prática para a equipe multiprofissional, uma vez que lhe permitirá traçar o prognóstico e o desenvolvimento de programas de reabilitação personalizados (PAOLUCCI et al., 2003).

A tarefa de cuidar de uma pessoa, funcionalmente dependente, desencadeia uma série de situações adversas que impõe mudanças no estilo de vida. Algumas pessoas lidam satisfatoriamente com o ato cuidar, enquanto outras apresentam maior dificuldade, gerando diferentes níveis de sobrecarga (MANOEL et al., 2013).

Diante disso, surgiram alguns questionamentos que motivaram a realização deste estudo: como se dá a evolução da capacidade funcional dos pacientes que sofrem AVC durante a internação hospitalar para reabilitação e três meses após a alta? Há diferenças na evolução da capacidade funcional entre os pacientes com AVCH ou AVCI? A sobrecarga nos cuidadores familiares dos pacientes com AVC

apresenta mudanças com o passar do tempo? A sobrecarga nos cuidadores familiares se diferencia de acordo com o tipo de AVC? A capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC influencia na sobrecarga dos cuidadores familiares?

O conhecimento da sobrecarga nos cuidadores possibilitará fornecer assistência direcionada, e, possivelmente, minimizará o impacto da dependência dos pacientes no âmbito familiar. Porém, na realidade brasileira, a visibilidade do cuidador familiar ainda é muito restrita (COSTA et al., 2015).

Embora relevante, a literatura que relaciona a evolução da capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC e a sobrecarga dos cuidadores familiares, ao longo do tempo, ainda é escassa no Brasil, e não tiveram o foco que queremos imprimir nesse estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Acidente vascular cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo do encéfalo, causado tanto por obstrução de uma artéria, caracterizando o AVC Isquêmico (AVCI); quanto por ruptura, determinando o AVC Hemorrágico (AVCH). Os sinais clínicos estão relacionados diretamente com a localização e extensão da lesão, assim como a presença de irrigação colateral (LEWIS, 2002).

O risco de AVC aumenta com a idade, sobretudo, após os 55 anos. O aparecimento da doença em pessoas mais jovens está associado a alterações genéticas. Pessoas da raça negra e com histórico familiar de doenças cardiovasculares também têm mais chances de sofrer AVC (BRASIL, 2014). O AVC isquêmico (AVCI) é o mais comum, ocorrendo em aproximadamente 88% dos casos (THOM et al., 2006).

Na internação hospitalar, durante a fase aguda, os pacientes após AVCH geralmente têm comprometimentos neurológicos mais graves e maior taxa de mortalidade do que os pacientes após AVCI (SHEPERS, 2008). Nos pacientes que sofreram AVCH há maior incidência de convulsões, embolia pulmonar e pneumonias, o que poderá atrasar o início do tratamento em unidades de reabilitação ambulatorial (KELLY et al., 2003).

Lipsona et al. (2005) relataram que os mecanismos dos déficits neurológicos no AVCH podem ser causados pela compressão cerebral. Portanto, à medida que o hematoma se resolve, as funções neurológicas e o estado funcional dos pacientes são recuperados.

2.2. Epidemiologia

A mudança atual no estilo de vida, e o aumento da expectativa de vida trazem como consequências elevadas prevalências de fatores de risco que se traduzem pelo aumento substancial das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (LESSA, 2004).

As manifestações clínicas das DCNT se dão após um longo tempo de exposição aos fatores de risco e de convivência assintomática do indivíduo com a doença não diagnosticada, mesmo quando os fatores de risco estão presentes. Essa

situação traz um diagnóstico tardio, já com a doença em fases avançadas, ou próxima a um desfecho, como ocorre muitas vezes no AVC (MALTA; MERHY, 2010).

Os principais fatores de risco do AVC dividem-se em três grupos, sendo eles modificáveis (hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes mellitus), não modificáveis (idade, gênero, raça) e grupo de risco potencial, tais como, sedentarismo, obesidade, alcoolismo (BRASIL, 2014).

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais problemas de saúde pública vivenciados atualmente. A presença dessa afecção aumenta de três a quatro vezes o risco de AVC, seja ele isquêmico ou hemorrágico (CHAVES, 2000).

A HAS representa 5% dos óbitos em Goiás, sendo principal fator de risco para as doenças do aparelho circulatório, como, por exemplo, o infarto agudo do miocárdio que lidera o ranking com 30% dos óbitos, seguido pelo AVC com 13% dos óbitos (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 15 milhões de pessoas são atingidas pelo AVC por ano (BRASIL, 2014). Destas, cinco milhões morrem em decorrência do evento e grande parte dos sobreviventes apresentam sequelas físicas e/ou mentais (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016).

A doença representa a primeira causa de morte e incapacidade no Brasil, o que gera grande impacto econômico e social (BRASIL, 2014). Os avanços tecnológicos na saúde permitem a sobrevivência de pacientes, antes inviável, o que resulta em um aumento da população com idades mais avançadas, portanto, susceptível a maior frequência das doenças crônicas incapacitantes (BRITO; RABINOVICH, 2008).

Nos países desenvolvidos, o AVC corresponde à terceira causa de morte, precedida pelas doenças cardiovasculares e pelo câncer, mas sendo a primeira causa de diminuição da capacidade funcional entre adultos (MENDONÇA; GARANHANI; MARTINS, 2008).

2.3. Comprometimentos funcionais no acidente vascular cerebral

A hemiparesia ou hemiplegia é considerada a sequela física mais comum no AVC, sendo uma das principais causas de incapacidade em adultos (MENDES et al., 2012; MEDEIROS; GRANJA; PINTO, 2013).

Os comprometimentos funcionais decorrentes do AVC variam de um indivíduo para o outro. O desempenho das habilidades de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) são fortemente prejudicadas (SOUZA et al., 2005).

As ABVD's se referem às atividades como o vestir, comer, tomar banho, caminhar pequenas distâncias sem auxílio. Já as AIVD's são as atividades mais complexas do cotidiano, tais como passear, fazer compras, limpar a casa, dirigir utilizar meios de transporte coletivos (GOMES; SOUZA; QUADROS, 2008).

A trajetória de recuperação das funções físicas e cognitivas afetadas pelo AVC ainda permanece controversa na literatura (COSTA, 2010). Bocchi (2004) alega que a recuperação após o AVC é mais acelerada nas primeiras semanas da doença. A recuperação após o AVC continua a acontecer até seis meses após a lesão (NUNES; PEREIRA; SILVA, 2008).

Shepers et al. (2008) citaram que os pacientes que sofreram AVCH apresentaram aumento estatisticamente significativo na capacidade para realização das atividades de vida diária em até 10 semanas após o AVC, enquanto nos pacientes com AVCI houve recuperação significativa até 26 semanas após o AVC. Outros estudos mostraram que pacientes com AVCH apresentaram maior taxa de recuperação funcional do que os pacientes com AVCI (CHAE et al., 1996; PAOLUCCI et al., 2003).

Um estudo citou que os pacientes com AVCH levaram mais tempo do que os pacientes com AVCI para iniciarem a reabilitação, e estavam mais inclinados a desenvolver complicações médicas (LIPSONA et al., 2005).

O AVC constitui um desafio tanto pelo impacto social, quanto pelas repercussões na vida das pessoas e suas famílias. Portanto, a incapacidade física compromete o próprio indivíduo e os que o cercam (PAIXÃO; SILVA, 2005).

De acordo com Martins, Ribeiro e Garret (2003), o AVC leva à limitação ou restrição dos papéis sociais, além da necessidade de cuidado e, conseqüentemente, de uma pessoa para auxiliar no desempenho dessas tarefas, um cuidador.

2.4. Acidente vascular cerebral e os cuidadores familiares

A permanência de sequelas incapacitantes no AVC impõe aos pacientes limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão que podem alterar a dinâmica de suas vidas, não só pelas limitações funcionais, mas também

por comprometerem a possibilidade de administrar a vida pessoal e familiar, o que demanda a necessidade de um cuidador (EUZÉBIO; RANBINOVICH, 2006).

O cuidador é o sujeito que presta cuidados a outro de qualquer idade, que esteja em situação de limitação física e ou mental, com ou sem remuneração (SANTOS; TAVARES, 2012). É a pessoa que tem a incumbência de realizar as tarefas que o indivíduo afetado não tem mais possibilidade de executar e suprir a incapacidade funcional temporária ou definitiva (PEREIRA et al., 2013).

Existem dois tipos de cuidadores: o cuidador formal, aquele que é contratado pelo paciente e/ou família para exercer as ações de cuidado, estabelecendo-se nesse caso um vínculo empregatício; e o cuidador informal, elemento da família do paciente ou a ele relacionado (amigos, vizinhos, membros da igreja, entre outros), e que passa a assumir as ações do cuidado (NASCIMENTO et al., 2008).

As limitações motoras após o AVC repercutem na necessidade de auxílio para realização das atividades de vida diária. Na maioria das vezes, os cuidados são prestados por familiares (CORDOVA; CESARINO; TOGNOLA, 2007), em virtude das dificuldades de se ter cuidadores formais (MENDONÇA; GARANHANI; MARTINS, 2008).

As relações familiares, especificamente, entre o indivíduo que cuida e o que é cuidado, sofrem variações dependendo do tipo de família, contexto social e cultural em que estão inseridas (MANOEL et al., 2013).

Silva, Monteiro e Santos (2015) constataram que as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores estão relacionadas à falta de informações e orientações sobre a patologia, suas complicações e principais cuidados que precisam ser prestados no domicílio.

O cuidado em domicílio é exaustivo, pois o ato de cuidar, normalmente, se acumula às outras funções (CUPERTINO; ALDWIN; OLIVEIRA, 2006). Cuidar de um paciente dependente traz consigo implicações de ordens físicas, sociais, emocionais e cognitivas (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003).

2.5. Sobrecarga nos cuidadores familiares

Os familiares, ao prestarem assistência e assumirem responsabilidades para as quais não estão preparados, sofrem impacto sobre suas vidas (MENDONÇA; GARANHANI; MARTINS, 2008).

O comprometimento na qualidade de vida se expressa por manifestações clínicas, entre as quais a sobrecarga, que pode estender-se por muitos anos após o AVC (TOOTH et al., 2005). Segundo Figueiredo e Sousa (2008), o termo sobrecarga é utilizado para descrever os efeitos negativos da tarefa de cuidar no cuidador.

A sobrecarga do cuidador informal é uma alteração resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados. O processo de cuidar de um familiar dependente é contínuo (BRAITHWAITE, 1999).

O conceito de sobrecarga abrange duas vertentes, a objetiva e a subjetiva. A sobrecarga objetiva está relacionada ao acúmulo de tarefas, custos financeiros, limitações nas atividades cotidianas e a fragilização dos relacionamentos entre os familiares. A sobrecarga subjetiva diz respeito à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente, seus sentimentos quanto à responsabilidade e preocupações que envolvem o cuidado à sua saúde (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

A sobrecarga é uma situação complexa e multidimensional, resultado da combinação do esforço físico, da pressão emocional, das limitações sociais e das exigências econômicas que surgem ao cuidar de um doente (FERNANDES et al., 2013).

A sobrecarga do cuidador, além de estar relacionada com a dependência funcional do doente, também pode estar associada com a falta de discernimento do cuidador quanto à necessidade de assistência durante a realização de uma atividade pelo doente (ANDRADE et al., 2009). Muitas vezes, o indivíduo que sofreu AVC possui condições físicas e cognitivas para realizar uma determinada atividade, mas a falta de conhecimento e o sentimento de estar negligenciando o cuidado fazem com que o cuidador não confie ocupações ao indivíduo por ele cuidado, privando-o de melhoria funcional (ELSEN, 2002).

Alguns estudos apontaram que a sobrecarga dos familiares resulta das tarefas advindas do papel de cuidador e das mudanças ocorridas em sua vida social e profissional. Esses estudos mostraram que a sobrecarga é agravada pela falta de informação a respeito da doença do paciente, do tipo de tratamento utilizado e das estratégias mais adequadas para lidar com o comportamento dos pacientes (GOMES; RESCK, 2009; OLIVEIRA et al. 2012).

Ao prestar cuidados, o cuidador passa a ter pouco tempo para cuidar de si, muitas vezes privando-se do convívio social. Isso leva o cuidador a reorganizar suas atividades diárias e o faz perceber, na maioria dos casos, sobrecarga física e emocional (ARAÚJO et al., 2015).

As sobrecargas física, emocional e social sentidas pelo cuidador são prejudiciais à família e à pessoa cuidada. Dessa forma, de acordo com Mendonça, Garanhani e Martins (2008) é necessário identificar as necessidades dos cuidadores, e despertar o cuidado a essas pessoas por parte dos serviços de saúde e da sociedade.

2.6. Capacidade funcional no acidente vascular cerebral e a sobrecarga nos cuidadores

Os indivíduos acometidos por AVC passam a ter limitações, comprometimentos funcionais e no desempenho de suas atividades (COSTA et al., 2015). A dependência nos pacientes com AVC gera impacto na vida dos cuidadores, uma vez que esses passarão a auxiliar nas tarefas que eram desenvolvidas pelo paciente de forma independente (SEQUEIRA 2010).

Perlini (2000) ao identificar e descrever as atividades dos familiares que cuidam de pessoas incapacitadas por AVC no domicílio, constatou que, quanto mais comprometida a autonomia do paciente, maiores são as demandas e a complexidade das atividades desenvolvidas pelo cuidador.

O alto índice de incapacidades relacionado ao AVC pode gerar algum nível de sobrecarga no cuidador. Makyama et al. (2004) mostraram em seu estudo que houve redução da qualidade de vida e maior sobrecarga psíquica e mental em cuidadores de pessoas que sofreram um AVC, quando comparados a um grupo controle com indivíduos acima de 68 anos, sem doenças crônicas graves.

Sit et al. (2004) constataram que cuidadores familiares, cujos parentes são mais independentes nas atividades de vida diária, tendem a ter aspectos psicossociais mais satisfatórios.

Estudos observaram a diminuição da sobrecarga nos cuidadores familiares, relacionada principalmente ao aumento da capacidade funcional dos pacientes e ao treinamento dos cuidadores (MCULLAGH et al., 2005; KARAHAN et al., 2014; BJÖRKDAHL; NILSON; SUNNERHAGEN, 2007).

2.7. Transição da alta hospitalar para o cuidado domiciliar

Na fase em que o paciente está hospitalizado o cuidado é prestado pela equipe de saúde, entretanto, no momento do retorno para casa é que ocorre a transição do cuidado, isto é, a família é quem assume a responsabilidade do cuidado. A transição desse cuidado é um momento em que a família apresenta dificuldades para lidar com as novas situações, resultando em mudanças no relacionamento familiar (RITTMAM et al., 2007).

A transição é um processo que ocorre ao longo do tempo, envolve a interrupção de uma dada situação na vida da pessoa, enquanto que a fase seguinte envolve as transformações que ocorrem em decorrência dessa transição (SCHUMACHER; MELEIS, 1994). As experiências dos cuidadores, nos cuidados de pacientes com AVC, na fase de transição do hospital para casa, revelam a necessidade de treinamentos para que estejam mais bem preparados.

A falta de protocolos, de preparo para a alta hospitalar e para o enfrentamento das demandas de cuidado frente às condições crônicas, bem como a falta de informações adequadas, tem sido associada às dificuldades encontradas no cuidado das pessoas que sobrevivem ao AVC (MENEZES, 2010).

O AVC é um evento que leva a pessoa acometida e seus familiares a vivenciar transições de cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde. Desse modo, a transição hospitalar para a domiciliar poderá ocorrer em três fases: 1) fase de compromisso: caracteriza-se pelas necessidades de informações sobre a condição de saúde do doente, monitorização de sintomas, intervenção, assistência nos cuidados pessoais e intervenções de emergência; 2) fase de negociação: demanda necessidade de ajuda nos cuidados diários, o que supõe desenvolvimento de habilidades nos cuidados, ajuda na adesão do doente; 3) fase de resolução: é marcada pela necessidade de suporte emocional à família (PETRONILHO, 2009).

Destaca-se que o planejamento de alta é uma ferramenta indispensável para o cuidado integral durante a hospitalização e no pós-alta hospitalar, pois certifica que os cuidados necessários são assegurados de forma a prevenir readmissões (PEREIRA et al., 2007).

Há, portanto, necessidade de implantar modelos educativos para os pacientes e suas famílias proverem o cuidado, no período de transição do hospital para casa, num contexto real de cada família, com sua cultura, crenças e relações com o paciente (RODRIGUES et al., 2013).

A transição após a alta hospitalar é um período de ajuste às alterações psicossociais, para restabelecer um novo formato de vida para pessoa e seu cuidador familiar. Esse processo envolve mudanças nos papéis sociais e comportamentos e é permeado por incertezas, sobrecarga física, econômica e emocional (RODRIGUES et al., 2013).

No Brasil, a figura do cuidador tem sido desvalorizada tanto em nível governamental, devido à falta de estratégias e de infraestruturas para intervir no contexto da situação de dependência, quanto em nível não governamental, o que inclui a própria família e profissionais de saúde (COSTA et al., 2015).

A pessoa que sobrevive ao AVC e seus familiares necessitam de ações e cuidados complexos desde o evento cerebral, no período de hospitalização e principalmente, no domicílio (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; PAIVA et al., 2015). Acredita-se que a internação para reabilitação poderá preparar melhor a família e auxiliar nos ganhos funcionais nos primeiros meses após o AVC, com repercussão no futuro do paciente e na sobrecarga dos cuidadores.

3. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Avaliar a relação entre a sobrecarga dos cuidadores familiares a evolução da capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC.

Objetivos específicos

- Identificar e analisar artigos científicos que investigaram as mudanças na capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC e sua influência na evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares;

- Avaliar o perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares dos pacientes com AVCH e AVCI;

- Avaliar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com AVCH e AVCI;

- Analisar a evolução da capacidade funcional dos pacientes com AVCH e AVCI;

- Comparar a evolução da capacidade funcional entre os tipos de AVC;

- Analisar a evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares dos pacientes com AVCH e AVCI;

- Comparar a evolução da sobrecarga entre os cuidadores familiares dos pacientes com AVCH e AVCI;

- Relacionar a sobrecarga dos cuidadores familiares e a evolução da capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC, na primeira semana de internação para reabilitação, na alta e três meses após a alta.

4. MÉTODO(S)

Dissertação construída no modelo de artigos científicos e consta de dois artigos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o protocolo CEP/UFG N^o 097974/2015 (Anexo A), e desenvolvido de acordo com as recomendações da Resolução n^o. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

4.1 Artigo 1

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. As revisões sistemáticas são consideradas estudos secundários, que têm nos estudos primários sua fonte de dados. É um método de revisão de literatura focado em uma questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis (BERWANGER et al., 2007).

Os estudos foram identificados por busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *United States National Library of Medicine* (PubMed), no período de julho a dezembro de 2016, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e o *Medical Subject Headings* (MeSH). Embora a palavra-chave *burden/sobrecarga*, não conste como descritor oficial foi escolhida por ser o tema central do assunto pesquisado. Os descritores foram assim combinados: *stroke and caregivers and burden*; acidente vascular cerebral *and* cuidadores *and* sobrecarga; *stroke and family and burden*; acidente vascular cerebral *and* família *and* sobrecarga.

Os pesquisadores utilizaram formulários padronizados, seguindo critérios de inclusão e exclusão contidos no Teste de Relevância I (aplicado aos títulos e resumos dos artigos) e no Teste de Relevância II (aplicado aos artigos na íntegra).

Os critérios de inclusão, aplicados aos títulos e resumos, presentes no teste de Relevância I (TR1), foram: a) pesquisas que avaliaram a capacidade funcional do paciente com AVC e a sobrecarga do cuidador familiar; b) artigos em português ou inglês; c) artigos publicados entre 2000 e 2016. Foram excluídos: a) artigos repetidos; b) editoriais, cartas, comentários, revisões, relato de casos, dissertações e

teses; c) pesquisas restritas a cortes transversais.

Em um segundo momento, os artigos foram lidos na íntegra, aplicando-se os critérios de inclusão, segundo o Teste de Relevância II (TR2): a) artigos que relacionaram a capacidade funcional dos pacientes com AVC com a sobrecarga dos cuidadores familiares, ao longo do tempo; b) artigos que utilizaram instrumentos quantitativos para avaliação da capacidade funcional do paciente com AVC e da sobrecarga do cuidador familiar.

No início da busca foram identificados 420 títulos, sendo 270 na BVS e 150 no PubMed. Os artigos da BVS ficaram assim distribuídos: 254 da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), 12 da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), três do Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e um da Biblioteca Virtual em Saúde de Cuba (CUMED).

A aplicação do Teste de Relevância I resultou na seleção de 26 artigos e na exclusão de 394. Posteriormente, os 26 artigos selecionados foram submetidos ao Teste de Relevância II, estando todos os artigos na íntegra. Este teste permitiu a seleção de 10 artigos e exclusão de 16.

Uma análise criteriosa desses artigos permitiu extrair as seguintes informações: autor, ano de publicação, local do estudo, idioma, objetivos, método, amostra e principais resultados.

4.2 Artigo 2

4.2.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo longitudinal analítico.

4.2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), em Goiânia-Go, Brasil.

O CRER é um hospital que oferece atendimento humanizado especializado em reabilitação às pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual, exclusivamente pelo Sistema único de Saúde (SUS). Iniciou suas atividades em 25 de setembro de 2002, com a proposta de oferecer qualidade e excelência na reabilitação e readaptação. O hospital foi idealizado tendo como base o modelo

adotado pelo Instituto Gingras-Lindsay de Montreal (IRGLM), Canadá.

4.2.3 Período do estudo

A coleta de dados iniciou em três de dezembro de 2015 e foi finalizada em 16 de janeiro de 2017, seguindo todas as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4.2.4 Amostra

A amostra deste estudo foi de conveniência, não probabilística, composta por 51 cuidadores familiares de 51 pacientes com seqüela de AVC, internados para reabilitação no CRER, no período da coleta de dados, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

O diagnóstico do tipo AVC foi confirmado por Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM), através da análise dos prontuários.

4.2.5 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão definidos foram: a) cuidadores familiares e pacientes com diagnóstico de AVC, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no estado de Goiás; b) cuidadores familiares que estavam em contato com o paciente antes da internação para reabilitação, e que assumiram o papel de cuidadores durante e após a alta da internação.

Foram excluídos: a) pacientes com diagnóstico de mais de um AVC; b) pacientes com seqüelas de outras doenças neurológicas ou ortopédicas; c) pacientes que tiveram cuidadores formais (profissionais).

4.2.6 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário Sociodemográfico dos cuidadores familiares (APÊNDICE A); b) Questionário Sociodemográfico e Clínico dos pacientes com AVC (APÊNDICE B); c) Medida de Independência Funcional (MIF) (ANEXO D); d) Questionário para Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) (ANEXO E).

O Questionário Sociodemográfico dos cuidadores familiares incluiu os seguintes itens: idade, sexo, estado civil, escolaridade, grau de parentesco com o paciente, situação ocupacional, renda familiar, residir com o paciente e revezamento

nos cuidados. Por meio do Questionário Sociodemográfico e Clínico dos pacientes foram coletados dados sobre sexo, idade, estado civil, tipo de AVC, hemisfério afetado, tempo de evolução da lesão e tempo de internação no CRER.

A escala MIF, utilizada para avaliar a independência funcional de pacientes neurológicos, possui 18 tarefas, classificadas em seis dimensões e duas subdivisões (motora e cognitiva). Na MIF total os valores variam de 18 a 126, que podem ser divididos em quatro subescores, de acordo com a pontuação obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19-60 pontos: dependência modificada 1 (assistência de até 50% da tarefa); c) 61-103 pontos: dependência modificada 2 (assistência de até 25% da tarefa); d) 104-126 pontos: independência completa/modificada. Portanto, quanto menor o escore, maior o nível de dependência e pior o desempenho funcional dos indivíduos avaliados (RIBERTO et al., 2004; POMPEU et al., 2011).

O QASCI avalia a sobrecarga física, emocional e social de cuidadores informais de indivíduos com sequelas após AVC (ARAÚJO et al., 2015), e é composto por 32 itens, avaliados em escala tipo *likert* de 1 (Não/Nunca) a 5 (Sempre) pontos. Compreende sete dimensões: Sobrecarga emocional relativa ao familiar; Implicações na vida pessoal do cuidador; Sobrecarga Financeira; Reações a Exigências; Mecanismos de Eficácia e Controle; Suporte familiar; Satisfação com o papel e com o familiar (FONSECA; PENNA, 2008). A média de sobrecarga obtida pode ser categorizada em cinco níveis distintos. A soma correspondente a zero indica ausência de sobrecarga; valores de 1 a 25 correspondem a sobrecarga leve; de 26 a 50 sobrecarga moderada; de 51 a 75 sobrecarga grave; e de 76 a 100 sobrecarga extremamente grave (FARO, 2009).

4.2.7 Procedimentos

Antes de iniciar a coleta de dados, os cuidadores familiares e pacientes com diagnóstico de AVC assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). A coleta de dados foi realizada em três momentos: na primeira semana de internação dos pacientes, na alta, e três meses após a alta.

Durante a internação, e três meses após a alta, a MIF foi aplicada por dois terapeutas ocupacionais, um do serviço de internação, e outro do serviço de reabilitação ambulatorial, devidamente capacitados para sua aplicação, na presença do cuidador, a fim de garantir maior fidedignidade e reduzir influências de déficits

cognitivos dos pacientes. Os outros dados foram coletados pela própria pesquisadora.

Três meses após a alta, os instrumentos foram reaplicados nas salas de atendimentos do CRER, em dias previamente agendados, antes das consultas, terapias ou nas residências dos pacientes. O tempo médio de cada entrevista foi de 25 minutos.

4.2.8 Análise estatística

Os dados foram analisados com o pacote *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS, 23,0) adotando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A descrição do perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares e do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes foi apresentada pelas frequências absolutas e relativas (tabelas de contingência), média e desvio padrão para as variáveis contínuas. Foram aplicadas análises estatísticas não paramétricas conforme verificado pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Foi realizada separadamente análise da evolução da capacidade funcional dos pacientes com AVC e da sobrecarga dos cuidadores com base no teste de Friedman, seguido do teste de Wilcoxon. A relação entre a evolução da capacidade funcional dos pacientes e a evolução da sobrecarga dos cuidadores foi realizada utilizando a correlação de Spearman.

5. PUBLICAÇÕES

5.1 Artigo 1- Sobrecarga dos cuidadores e capacidade funcional de pacientes com acidente vascular cerebral: revisão sistemática

Autores: Francine Aguilera Rodrigues da Silva

Cejane Oliveira Martins Prudente

Maria Alves Barbosa

Celmo Celeno Porto

Artigo submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Declaração de submissão do artigo 1 (ANEXO F).

5.2 Artigo 2- Sobrecarga de cuidadores familiares e capacidade funcional de pacientes com acidente vascular cerebral: estudo longitudinal

Autores: Francine Aguilera Rodrigues da Silva

Cejane Oliveira Martins Prudente

Celmo Celeno Porto

Artigo a ser submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Artigo 1- Artigo submetido à Revista “Ciência & Saúde Coletiva”

SOBRECARGA DOS CUIDADORES E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES
COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

BURDEN’S CAREGIVERS AND FUNCTIONAL CAPACITY OF PATIENTS WITH
STROKES: SISTEMATIC REVIEW

Francine Aguilera Rodrigues da Silva¹, Cejane Oliveira Martins Prudente², Maria Alves Barbosa³, Celmo Celeno Porto⁴

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. francine.fisio@hotmail.com

² Doutora. Professora do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Universidade Estadual de Goiás. cejanemp@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás GO. Orientadora do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde-UFG. maria.malves@gmail.com

⁴ Doutor em Medicina Clínica. Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Orientador do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde-UFG. celmo1934@gmail.com

RESUMO

Revisão sistemática com o objetivo de investigar as mudanças na capacidade funcional dos pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) e sua influência na evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares. Foram utilizados os descritores stroke *and* caregivers *and* burden; stroke *and* family *and* burden, em português e inglês, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *United States National Library of Medicine* (PubMed), incluindo artigos

científicos publicados no período de 2000 a 2016. Inicialmente foram encontrados 420 títulos; após as etapas da revisão permaneceram nove estudos longitudinais e um ensaio clínico randomizado. O aumento da sobrecarga dos cuidadores foi associado à diminuição da capacidade funcional dos pacientes. Outros fatores, incluindo déficits de compreensão e comunicação dos pacientes, ansiedade e depressão nos cuidadores, idade avançada do cuidador, ser do sexo feminino e cônjuge do paciente, desemprego, falta de apoio social e de ajustamento familiar, também foram associados ao aumento da sobrecarga. Nos estudos em que houve diminuição da sobrecarga, ela foi associada à melhora da capacidade funcional e ao treinamento dos cuidadores. Mudanças da capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC não são os únicos fatores determinantes da sobrecarga nos cuidadores. Cumpre ressaltar que nos estudos analisados não foi investigada a capacidade funcional tendo em conta o tipo de AVC.

Palavras-chave: Cuidadores; Família; Acidente Vascular Cerebral; Funcionalidade; Revisão sistemática.

ABSTRACT

Systematic review aimed at investigating the changes in the functional capacity of stroke patients and their influence on the evolution of family caregivers' burden. The following descriptors were used stroke *and* caregivers *and* burden; stroke *and* family *and* burden, in portuguese and english, in the Virtual Health Library (VHL) and in the United States National Library of Medicine (PubMed), considering articles published in the period from 2000 to 2016. Initially 420 titles were found; after the review stages nine longitudinal studies and a randomized clinical trial remained. The increased caregiver's burden was associated with decreased in functional capacity of the patients. Other factors, including patient understanding and communication deficits, anxiety and depression in caregivers, elderly caregiver status, being female and patient's spouse, unemployment, lack of social support and family

adjustment were also associated with increased caregiver's burden. In studies where there was a reduction in burden, it was associated with improvement in functional capacity and training of the caregivers. Changes in the functional capacity of stroke patients are not the only determinants of burden in caregivers. It should be noted that in the analyzed studies the functional capacity was not investigated taking into account the type of stroke.

Keywords: Caregivers; Family; Stroke; Functioning; Systematic review.

Introdução

Nas últimas décadas, com as mudanças do perfil de morbimortalidade no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis passaram a ser as principais causas de morte. Entre as mais importantes está o Acidente Vascular Cerebral (AVC), causando na maioria dos pacientes algum tipo de deficiência¹.

A hemiplegia, mais frequente sequela, está presente em cerca de 50% dos pacientes que sobrevivem, com repercussão nas atividades de vida diária, o que os tornam funcionalmente dependentes².

Na fase em que o paciente está hospitalizado o cuidado é prestado pela equipe de saúde, entretanto, no momento do retorno para casa é que ocorre a transição do cuidado. No período de transição pode ocorrer uma fase de adaptações e ajustamentos no relacionamento familiar³.

Neste contexto, surge a necessidade de uma pessoa para auxiliar no desempenho das tarefas, que quase sempre é um membro da família⁴, em virtude das dificuldades de se ter cuidadores formais para atuar no domicílio⁵.

É nesse momento de transição, da saúde para a recuperação da doença e do autocuidado, que a família, enquanto instituição social, lida com mudanças⁶. A tarefa de cuidar de uma pessoa funcionalmente dependente impõe transformações no estilo de vida dos

cuidadores. Algumas pessoas lidam satisfatoriamente com o ato cuidar, enquanto outras apresentam maior dificuldade, gerando diferentes níveis de sobrecarga⁷.

O comprometimento motor e mental após o AVC determinará o nível de dependência do paciente⁸, tornando necessário investigar a capacidade funcional e sua influência na sobrecarga dos cuidadores familiares, em diferentes períodos de tempo. Tais conhecimentos possibilitam planejar estratégias de apoio aos cuidadores familiares e criar políticas públicas específicas.

O objetivo desta revisão sistemática foi investigar as mudanças da capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC e sua influência na evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares.

Métodos

Revisão sistemática, baseada na seguinte questão norteadora: As mudanças da capacidade funcional dos pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral influenciam na evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares?

Os estudos foram identificados por busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *United States National Library of Medicine* (PubMed), no período de julho a dezembro de 2016, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e o *Medical Subject Headings* (MeSH). Embora a palavra-chave *burden/sobrecarga*, não conste como descritor oficial foi escolhida por ser o tema central do assunto pesquisado. Os descritores foram assim combinados: *stroke and caregivers and burden*; acidente vascular cerebral *and* cuidadores *and* sobrecarga; *stroke and family and burden*; acidente vascular cerebral *and* família *and* sobrecarga.

A busca e a seleção dos artigos foram conduzidas por dois pesquisadores independentes. Quando considerados elegíveis por ambos, os artigos eram incluídos; caso contrário, os pesquisadores analisavam o estudo até chegar a um parecer comum. Foram

utilizados formulários padronizados, seguindo critérios de inclusão e exclusão contidos no Teste de Relevância I (aplicado aos títulos e resumos dos artigos) e no Teste de Relevância II (aplicado aos artigos na íntegra).

Os critérios de inclusão, aplicados aos títulos e resumos, presentes no teste de Relevância I (TR1), foram: a) pesquisas que avaliaram a capacidade funcional do paciente com AVC e sobrecarga do cuidador familiar; b) artigos em português ou inglês; c) artigos publicados entre 2000 e 2016. Foram excluídos: a) artigos repetidos; b) editoriais, cartas, comentários, revisões, relato de casos, dissertações e teses; c) pesquisas restritas a cortes transversais.

Em um segundo momento, os artigos foram lidos na íntegra, aplicando-se os critérios de inclusão, segundo o Teste de Relevância II (TR2): a) artigos que relacionaram a capacidade funcional dos pacientes com AVC com a sobrecarga dos cuidadores familiares, ao longo do tempo; b) artigos que utilizaram instrumentos quantitativos para avaliação da capacidade funcional do paciente com AVC e da sobrecarga do cuidador familiar.

Para avaliação da qualidade metodológica dos artigos observacionais, utilizou-se as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), cujos 22 itens são relacionados ao título, resumo, introdução, método, resultados e discussão de artigos científicos⁹.

O artigo com delineamento do tipo ensaio clínico randomizado foi avaliado pelos critérios do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), instrumento composto por 25 itens que traz recomendações para análise crítica e transparente dos dados para este tipo de estudo¹⁰.

Cada um dos itens do STROBE e do CONSORT recebeu pontuação de zero ou um. Os artigos observacionais receberam nota de zero a 22, enquanto o ensaio clínico, nota de zero a 25. Essa pontuação foi transformada em percentual para melhor avaliar a qualidade dos artigos¹¹.

Resultados

No início da busca foram identificados 420 títulos, sendo 270 na BVS e 150 no PubMed. Os artigos da BVS ficaram assim distribuídos: 254 da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), 12 da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), três do Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e um da Biblioteca Virtual em Saúde de Cuba (CUMED).

A aplicação do Teste de Relevância I resultou na seleção de 26 artigos e na exclusão de 394. O Índice de Concordância Kappa entre os pesquisadores foi de 0,88 (IC 95% = 0,81-1,00; $p < 0,001$), representando nível excelente. Posteriormente, os 26 artigos selecionados foram submetidos ao Teste de Relevância II, estando todos os artigos na íntegra. Este teste permitiu a seleção de 10 artigos e exclusão de 16 (Figura 1).

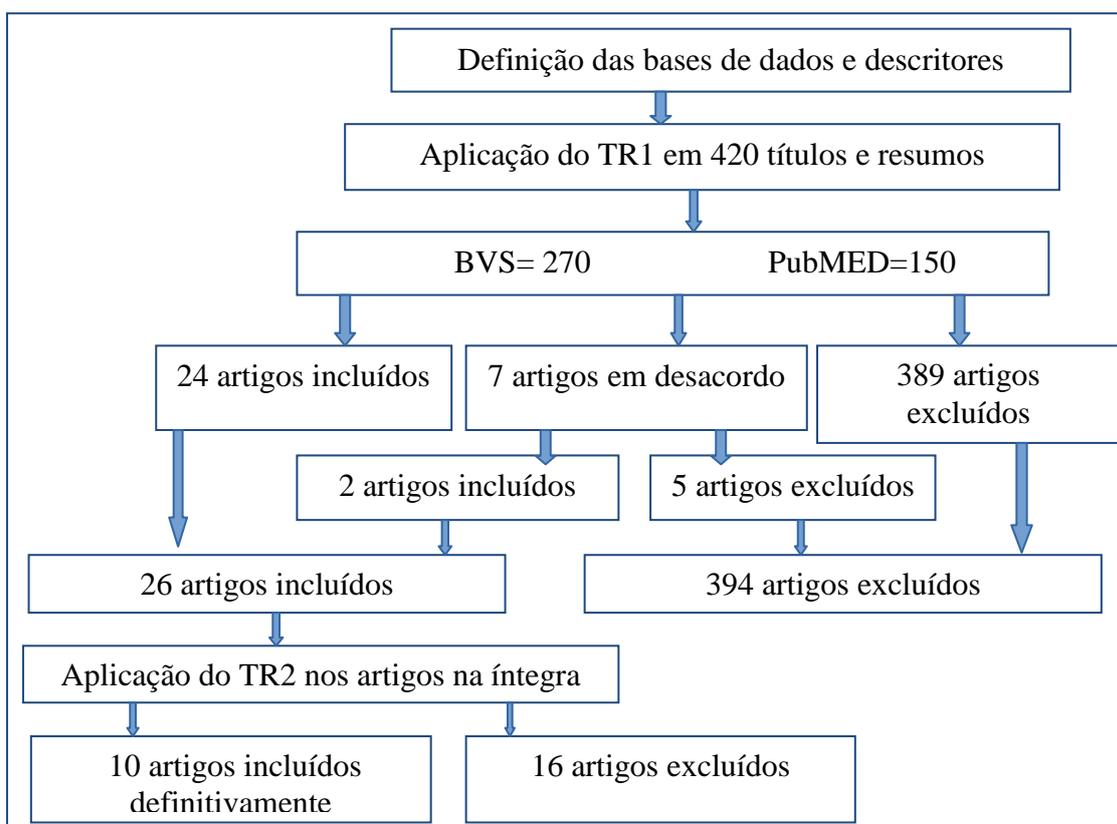


Figura 1. Fluxograma das etapas seguidas para seleção dos artigos
TR1: Teste de Relevância I, TR2: Teste de Relevância II

A amostra ficou composta por dez artigos que investigaram a capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC e sua influência na evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares, utilizando instrumentos quantitativos.

Com relação ao desenho dos estudos, nove foram do tipo longitudinal (90%) e um ensaio clínico randomizado (10%). Observa-se na Tabela 1 a pontuação e o percentual de qualidade dos artigos a partir dos critérios do STROBE e CONSORT, demonstrando todos eles média acima de 77,20%.

Tabela 1. Pontuação e percentual de qualidade dos artigos selecionados a partir dos critérios STROBE e CONSORT.

Referências	Pontos	STROBE (%)
MCCullagh et al., 2005 ¹²	20	90,91
Tooth et al., 2005 ¹³	19	86,36
Visser-Meily et al., 2005 ¹⁴	20	90,91
Nelson et al., 2009 ¹⁵	18	81,82
Rigby et al., 2009 ¹⁶	19	86,36
Vicent et al., 2009 ¹⁷	18	81,82
Jaracz et al., 2011 ¹⁸	18	81,82
Karahan, et al., 2014 ¹⁹	17	77,20
Olai et al., 2015 ²⁰	20	90,91
Referências	Pontos	CONSORT (%)
Björkdahl et al., 2007 ²¹	22	88,00

O Quadro 1 apresenta os artigos incluídos, contendo as seguintes informações: autor, ano de publicação, local do estudo, objetivos, método, amostra e principais resultados.

Quadro 1. Síntese dos artigos referentes a influência da capacidade funcional dos pacientes com AVC na evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares.

Autores/Ano/Local	Objetivos	Método/Amostra	Principais resultados
MCCullagh et al. ¹² 2005 Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as características sociodemográficas dos pacientes e cuidadores; - Verificar a influência do treinamento dos cuidadores durante a reabilitação hospitalar dos pacientes com AVC na sobrecarga dos cuidadores. 	<p>Os dados foram coletados três meses e um ano após o AVC. Amostra: 232 cuidadores e 232 pacientes Cuidadores: 209 (90%) da família, média de 65,7 anos, 153 (66%) do sexo feminino. Pacientes: média de 74 anos, 119 (51,7%) do sexo masculino. Instrumentos: BI e CBS.</p>	<p>A sobrecarga diminuiu tanto três meses como em doze meses após o AVC, e houve correlação com o aumento da capacidade funcional do paciente e treinamento dos cuidadores.</p>
Tooth et al. ¹³ 2005 Austrália	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o tempo gasto no cuidar e a sobrecarga em cuidadores de pacientes com AVC após alta da reabilitação; - Determinar as características clínicas e sociodemográficas dos pacientes associadas à sobrecarga dos cuidadores. 	<p>Pacientes e cuidadores foram entrevistados seis e 12 meses após a alta da internação para reabilitação. Amostra: 71 cuidadores e 71 pacientes. Cuidadores: 51 (72%) do sexo feminino, 20 (28%) sexo masculino, 39 (56%) cônjuges, média de 60,4 anos. Pacientes: 43 (60,5%) do sexo masculino, 28 (39,4%) do sexo feminino, média de 68,5 anos. Instrumentos: MIF, CBI e CSI.</p>	<p>Houve aumento da sobrecarga dos cuidadores após 12 meses, mesmo com aumento da capacidade funcional dos pacientes.</p>
Visser-Meily et al. ¹⁴ 2005 Holanda	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a QV e a sobrecarga dos cônjuges de pacientes, um ano após o AVC. 	<p>Avaliação no início da reabilitação em regime de internação e reavaliação no domicílio, um ano após o AVC. Amostra: <u>Reabilitação</u>: 338 cuidadores e 338 pacientes.</p>	<p>Houve aumento da sobrecarga um ano após o AVC e a dependência funcional foi relacionada à sobrecarga.</p>

		<p><u>Domicílio</u>: 187 cuidadores e 187 pacientes.</p> <p>Cuidadores (amostra final): 121 (65%) esposas, média de 54,14 anos.</p> <p>Pacientes (amostra final): 65 (35%) do sexo feminino, (65%) do sexo masculino, média de 56 anos.</p> <p>Instrumentos: BI e CSI.</p>	
Nelson et al. ¹⁵ 2009 Estados Unidos da América	- Analisar a relação entre as mudanças funcionais nos pacientes após o AVC e a sobrecarga dos cuidadores familiares.	<p>Pacientes e cuidadores foram entrevistados quatro e 12 meses após a alta hospitalar.</p> <p>Amostra: 356 cuidadores e 356 pacientes</p> <p>Cuidadores: 242 (67,9%) esposas, média de 59 anos.</p> <p>Pacientes: 181(50,8%) do sexo masculino, média de 68 anos.</p> <p>Instrumentos: BI e SCQ</p>	Houve aumento da sobrecarga dos cuidadores, não relacionado à capacidade funcional dos pacientes.
Rigby et al. ¹⁶ 2009 Canadá	- Identificar as características clínicas dos pacientes após AVC que contribuem para a sobrecarga do cuidador familiar.	<p>As avaliações foram realizadas com pacientes e cuidadores no prazo de sete dias da admissão do paciente no hospital, e após 12 meses, no domicílio.</p> <p>Amostra: 155 cuidadores e 155 pacientes</p> <p>Cuidadores: 69 (44,6%) esposas, 29 (18,9%) esposos, 40 (25,7%) filhas e 17 (10,85%) outros cuidadores.</p> <p>Pacientes: 91 (58,7%) do sexo masculino, média de 73 anos.</p> <p>Instrumentos: BI, OH, MRS, BCO</p>	Houve aumento da sobrecarga do cuidador familiar relacionada à diminuição da capacidade funcional dos pacientes.

<p>Vicent et al.¹⁷ 2009 Canadá</p>	<p>- Comparar a evolução da sobrecarga de cuidadores de pacientes com AVC que retornam ao domicílio após a alta de uma unidade hospitalar de cuidados agudos e uma unidade de internação para reabilitação</p>	<p>Os participantes foram avaliados em três momentos: três semanas; três meses, e seis meses após a alta. Amostra: 69 cuidadores e pacientes da alta hospitalar e 89 cuidadores e pacientes da alta da internação para reabilitação. Cuidadores: <u>No grupo da alta hospitalar:</u> 49 (71%) do sexo feminino, média de 64,5 anos, 43 (62,3%) esposas; <u>No grupo da alta da internação:</u> 62 (70,1%) sexo feminino, média de 67 anos, 45 (50,6%) esposas. Pacientes: <u>No grupo da alta hospitalar:</u> 51 (59,4%) sexo masculino, média de 77 anos; <u>No grupo da alta da internação:</u> 43 (48,3%) sexo masculino, média de 76 anos. Instrumentos: Timed up go, TCMMS,DLS,CCWB,ICSL</p>	<p>A sobrecarga diminuiu ao longo do tempo em ambos os grupos, e houve relação com a melhora na capacidade funcional dos pacientes.</p>
<p>Jaracz et al.¹⁸ 2011 Polônia</p>	<p>- Analisar os fatores preditivos de sobrecarga em cuidadores de pacientes com AVC; - Verificar as características relacionadas a sobrecarga, com base em pressupostos teóricos e achados de pesquisas anteriores.</p>	<p>Cuidadores e pacientes foram entrevistados durante a hospitalização e seis meses após a alta. Amostra: 150 cuidadores e pacientes Cuidadores: 124 (83%) sexo feminino, 26 (17%) sexo masculino, média de idade de 53,5 anos, maioria cônjuges (57%). Pacientes: 80 (53%) do sexo masculino, 70 (47%) do sexo feminino, média de idade de 64 anos. Instrumentos: BI e CBS</p>	<p>Houve aumento da sobrecarga do cuidador, relacionada ao estado emocional do cuidador e ao grau de capacidade funcional do paciente.</p>

<p>Karahan et al.¹⁹ 2014 Turquia</p>	<p>- Avaliar a influência do processo de reabilitação na ansiedade e depressão, e na sobrecarga de cuidadores de pacientes com AVC.</p>	<p>Pacientes e cuidadores foram avaliados no início e na alta de um programa de reabilitação Amostra: 83 cuidadores e 83 pacientes Cuidadores: 64 (77,1%) do sexo feminino, a maioria filhas 57 (68,8%), média de 46,4 anos. Pacientes: 34 (41%) do sexo feminino, média de 62,2 anos, e 49 (59%) eram homens, média de 64,3 anos. Instrumentos: MIF, ZCBS.</p>	<p>Houve diminuição da sobrecarga dos cuidadores relacionada à melhora na capacidade funcional dos pacientes e aquisição de conhecimentos para prestação dos cuidados pelos cuidadores.</p>
<p>Olai et al.²⁰ 2015 Suécia</p>	<p>- Analisar a situação de vida dos cuidadores informais de idosos após um ano de ocorrência do AVC; - Comparar a situação de vida dos pacientes com AVC e dos cuidadores informais em estudos transversais e longitudinais; - Avaliar o tempo diário gasto nos cuidados prestados e seu efeito na sobrecarga do cuidador.</p>	<p>Cuidadores e pacientes internados após o AVC foram avaliados uma semana, três meses e 12 meses, após a alta. Cuidadores: 174 (65,4%) do sexo feminino, média de 62 anos, 92 (34,5%) do sexo masculino, média de 63 anos, 45% esposas, 40% filhos, 15% outros. Pacientes: 215 (57%) do sexo feminino, 162 (42,9%) do sexo masculino, média de 78 anos para ambos os sexos. Instrumentos: KADL e CBI</p>	<p>Houve aumento da sobrecarga após 12 meses, e a dependência funcional foi relacionada à sobrecarga.</p>
<p>Björkdahl et al.²¹ 2007 Suécia</p>	<p>- Avaliar a intervenção de uma equipe multidisciplinar, baseada em informações e orientações sobre os cuidados de pacientes com sequela de AVC, em dois grupos de cuidadores</p>	<p>Ensaio clínico randomizado, controlado que comparou a intervenção de uma equipe multidisciplinar junto aos cuidadores de pacientes em reabilitação domiciliar e de pacientes em reabilitação ambulatorial. Avaliações realizadas três semanas, três meses e dozes meses após a alta do paciente. Amostra: 35 cuidadores e 35</p>	<p>Os cuidadores dos pacientes em reabilitação domiciliar apresentaram diminuição da sobrecarga após três semanas, sem modificações em três meses e um ano. Os cuidadores dos pacientes em reabilitação</p>

	familiares.	pacientes Cuidadores: No grupo domiciliar: 12 (33,3%) maridos e 23 (66,6%) esposas. No ambulatorial: 6 (17,6%) maridos, 25 (70,55%) esposas e 4 (11,7%) filhos. Pacientes: Média de idade de 53 anos, sem relato de gênero. Instrumentos: MIF e CBS	ambulatorial apresentaram aumento da sobrecarga após três semanas com diminuição em três meses e um ano. Houve correlação entre a redução da sobrecarga e a melhora da capacidade funcional e treinamento dos cuidadores
--	-------------	--	--

AVC: Acidente Vascular Cerebral; QV: Qualidade de vida; AVDS: Atividades de Vida Diária; BI: *Barthel Index*; CBS: *Caregiver Burden Scale*; MIF: Medida de Independência Funcional; CBI: *Caregiver Burden Inventory*; CSI: *Caregiver Strain Index*; SCQ: *Sense of Competence Questionnaire*; DLS: *Daily Living Support*; CCWB: *Concern for Patient's Well-Being*; ICSL: *Impact on Caregiver's Social Life*; OH: *Oxford Handicap*; MRS: *Modified Rankin Scale*; BCO: *Bakas Caregiver Outcomes*; TCMMSA: *The Chedoke-McMaster Stroke Assessment*; DAS: *Scale Disability Assessment*; ZCBS: *Burden Scale Zarit Care*; KADL: *Katz Activity of Daily Life*.

Quanto ao país de origem, dois estudos foram desenvolvidos no Canadá (20%), dois na Suécia (20%) e os demais na Inglaterra, Austrália, Holanda, Estados Unidos da América (EUA), Polônia e Turquia (uma publicação de cada país), todos na língua inglesa.

Vários instrumentos foram utilizados, sendo o Índice de Barthel mais usado para avaliação da capacidade funcional, estando presente em cinco artigos, e a *Caregiver Burden Scale (CBS)* para avaliação da sobrecarga dos cuidadores, em três artigos.

Discussão

O número de cuidadores variou de 35 a 356, todos adultos, com média de idade variando entre 46,4 e 67 anos. O estudo com maior número de cuidadores foi realizado nos Estados Unidos da América, após quatro meses da alta hospitalar dos pacientes com AVC¹⁵. Houve associação significativa entre a idade do cuidador e a idade do paciente com AVC, indicando que pacientes mais idosos são cuidados por pessoas mais velhas^{22, 23}.

A maioria dos cuidadores era mulheres (44,6% a 83,0%), sendo em sua maior parte esposas, o que era esperado, pois a mulher sempre foi a principal responsável pelo cuidado, seja

da casa ou dos filhos. Apesar de todas as mudanças sociais e dos novos papéis assumidos pela mulher, ainda se espera que ela assuma a função de cuidadora²⁴.

Em muitas situações é o cônjuge, a pessoa mais próxima do doente, quem assume o papel de cuidador. Tal fato parece ser devido às normas de solidariedade que são estabelecidas entre os membros de uma mesma geração, partindo do pressuposto que participaram de projetos pessoais e familiares comuns a ambos⁶.

Quanto ao sexo dos pacientes, os estudos mostraram predominância do masculino, com amostra variando entre 43 e 181. Contudo, dois estudos apresentaram menor número de pacientes do sexo masculino^{17, 20}. Os homens, por uma série de questões culturais e educacionais, só procuram o serviço de saúde quando perdem sua capacidade de trabalho ou estão em estado grave de saúde como infarto e acidente vascular cerebral²⁵.

Os pacientes apresentaram idade de 56 a 78 anos. Como mostram os estudos, chega a duplicar as chances de ocorrer um episódio de AVC após os cinquenta e cinco anos²⁶. O pico de incidência do AVC está concentrado entre a 7ª e 8ª décadas de vida, quando se somam à idade, alterações cardiovasculares e metabólicas²⁷.

A investigação da capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC e a sobrecarga nos cuidadores familiares foi realizada em diferentes períodos de tempo, indo de sete dias a um ano. Pacientes e cuidadores foram avaliados em dois^{12-16,18,19} e três^{17,20,21} momentos diferentes. Nenhum dos artigos investigou separadamente a mudanças da capacidade funcional dos pacientes com AVC Isquêmico e AVC Hemorrágico.

O tempo de recuperação das funções físicas e cognitivas afetadas pelo AVC ainda é controverso²⁰. A prestação de cuidados aos pacientes com AVC é um processo dinâmico²⁸, ao longo do tempo, de duração variável, afetando a saúde física, psicológica, emocional e cognitiva dos cuidadores. A sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar é imensa, complexa e exige muito da pessoa que cuida².

Ao analisar a sobrecarga dos cuidadores familiares, em seis estudos houve aumento^{13-16, 18,20}. Em três destes, a sobrecarga teve relação com a diminuição da capacidade funcional dos pacientes^{14,16,20}. Um estudo relatou presença de sobrecarga, mesmo havendo melhora na capacidade funcional dos pacientes¹³. Um estudo¹⁸ descreveu aumento da sobrecarga relacionado a diminuição da capacidade funcional somada a outras situações. Outro estudo demonstrou aumento da sobrecarga não relacionado ao déficit funcional dos pacientes, mas sim a outras situações¹⁵.

Ao investigar as situações relacionadas ao aumento da sobrecarga nos cuidadores familiares, observaram-se correlações significativas com a idade avançada, sexo feminino, ser cônjuge do paciente, não ter apoio social, e ter que desempenhar elevado número de tarefas^{18,24}.

O aumento da sobrecarga nos cuidadores, também foi relacionado à fadiga decorrente desta atividade e declínio das funções corporais, advindas do próprio envelhecimento do cuidador^{15,18,23}. A falta de ajustamentos familiares, mudanças no plano pessoal e desemprego, por sua vez, foram relatados como fatores de sobrecarga¹⁵.

A prestação de cuidados ao longo do tempo na casa do paciente foi outra causa do aumento da sobrecarga¹⁸. Um estudo mostrou que os familiares gastavam de seis a oito horas por dia nos cuidados dos pacientes, seis meses após a alta¹.

Outros aspectos que merecem destaque foram relatados em dois estudos, nos quais a desarmonia no relacionamento, sintomas depressivos e ansiedade nos cuidadores, assim como sentimentos de grande responsabilidade, correlacionaram diretamente com o aumento da sobrecarga nos cuidadores familiares^{15,18}. Outro estudo citou que déficit na capacidade de compreensão, comunicação e estado emocional dos pacientes foram preditores de sobrecarga nos cuidadores¹³. O conhecimento dessas situações permite melhorar a compreensão deste processo, e pode servir como base para intervenções mais eficazes¹⁸.

Em três artigos observou-se diminuição da sobrecarga nos cuidadores familiares^{12,19,21}, relacionada principalmente ao aumento da capacidade funcional dos pacientes e ao treinamento dos cuidadores. Sit et al.²⁹ constataram que cuidadores familiares, cujos parentes são mais independentes nas atividades de vida diária, tendem a ter aspectos psicossociais mais satisfatórios.

Em apenas um estudo, a redução da sobrecarga foi relacionada, diretamente, à melhora da capacidade funcional dos pacientes. Esta amostra foi composta por dois grupos de participantes, um grupo após a alta hospitalar, e outro após a alta de um serviço especializado em reabilitação¹⁷.

Em um ensaio clínico randomizado, foi comparada a influência na sobrecarga dos cuidadores, após intervenção de uma equipe multiprofissional com pacientes em reabilitação ambulatorial, e em reabilitação domiciliar, três semanas, três e doze meses após a alta hospitalar²¹.

No grupo ambulatorial, verificou-se aumento da sobrecarga na avaliação em três semanas, com diminuição em três e doze meses. A sobrecarga inicial foi devida à dificuldade dos cuidadores em transferir as orientações fornecidas no ambulatório para o ambiente domiciliar. A sua posterior diminuição foi relacionada à adaptação gradual do aprendizado dos cuidadores para o ambiente familiar.

Já no grupo domiciliar, houve diminuição da sobrecarga em três semanas, sendo esta mantida sem alterações aos três e doze meses. A redução da sobrecarga foi justificada pelo fato dos cuidadores no domicílio terem a oportunidade de receber orientações da equipe, e adaptá-las à nova situação. Diante disso, o treinamento dos cuidadores foi considerado como condição importante para a diminuição da sobrecarga nos familiares^{12,19,21}. A família necessita de orientações de como realizar os cuidados, ao lado das adaptações necessárias no ambiente que vão facilitar a vida do paciente, incluindo rotinas de alimentação, medicação e higiene³⁰.

Conclusões

A perda da capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC pode ser um preditor de sobrecarga, de tal modo que quanto mais comprometida a autonomia dos pacientes, maiores serão as demandas e a complexidade das atividades a serem desenvolvidas pelos cuidadores.

As mudanças na capacidade funcional não são os únicos fatores determinantes para a sobrecarga nos cuidadores, pois há outras situações, cujo conhecimento permite melhorar a compreensão deste processo.

A melhora da capacidade funcional dos pacientes e o preparo dos cuidadores por equipes multiprofissionais, por meio de orientações ou treinamento podem aliviar o sentimento de insegurança, o despreparo e, ao final, diminuir a sobrecarga dos cuidadores familiares.

Colaboradores

FAR Silva coletou os dados e redigiu o artigo. COM Prudente participou da coleta de dados e fez revisão crítica do artigo. CC Porto e MA Barbosa fizeram revisão crítica do artigo.

Referências

1. Almeida, SRMA. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Rev Neurocienc* 2012; 20 (4): 481-482.
2. Oliveira MR, Souza AR, Michaelsen SM. Relação entre a independência funcional pós-AVE e a sobrecarga do cuidador. *ConScientiae Saúde* 2013; 12 (2): 224-234.
3. Rodrigues RAPR, Marques S, Kusomota L, Santos EB, Fhon JRS, Wehbe SCCF. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev. Latino Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2013 Jan-Fev [acessado 2017 jul 15]; 21(9): [cerca de 9p.]. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

4. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev. Latino Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2013 Out-Set [acessado 2016 jul 20]; 21(5): [cerca de 8p.]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
5. Mendonça FF, Garanhani ML, Martins VL. Cuidador Familiar de Sequelados de Acidente Vascular Cerebral: Significado e Implicações. *Cien Saude Colet* 2008; 18 (1): 143-158.
6. Pedreira LC, Lopes RLM. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(25): 837-840.
7. Manoel MF, Teston EF, Waidman PMA, Decesaro MN, Marcon SS. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc Anna Nery* 2013; 17 (2): 346-353.
8. Moraes HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araújo TL. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev. Latino Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2012 Set-Out [acessado 2016 Jul 23]; 20 (5): [cerca de 10p.]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
9. Malta M, Cardoso LO, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publ* 2010; 44 (3): 559-565.
10. Martins J, Sousa LM, Oliveira AS. Recomendações do enunciado CONSORT. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2009; 42 (1): 9-21.
11. Mendes KG, Theodoro H, Rodrigues AD, Olinto MTA. Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusicas: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica* 2012; 28(8):1423-1437.
12. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. *Stroke* 2005; 36: 2181-2186.

13. Tooth L, Mckenna K, Barnetti A, Prescott C, Muphy S. Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Inj* 2005; 19(12): 963-974.
14. Visser-Meily A, Post M, Schepers V, Lindeman E. Spouses' Quality of Life 1 Year after Stroke: Prediction at the Start of Clinical Rehabilitation. *Cerebrovasc Dis* 2005; 20: 443-448.
15. Nelson MM, Smith AM, Martinson CB, Kind A, Luepker VS. Declining patient functioning and caregiver burden/health: The Minnesota Stroke Survey-Quality of Life after Stroke Study. *Gerontologist* 2008; 48(5): 573-583.
16. Rigby H, Gubitz G, Eskes G, Reidy Y, Christian C, Grover V, Phillips S. Caring for stroke survivors: baseline and 1-year determinants of caregiver burden. *Journal of Stroke* 2009; 4: 152-158.
17. Vicent C, Desrosier J, Landreville P. Burden of Caregivers of People with Stroke: Evolution and Predictors. *Cerebrovasc Dis* 2009; 27: 456-464.
18. Jaracz K, Fudala BG, Kozubski W. Caregiver burden after stroke: towards a structural model. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2012; 46(3): 224-232.
19. Karahan AY, Kucuksen S, Yilmaz H, Salli A, Gungor T, Sahin M. Effects of Rehabilitation services on Anxiety, Depression, Care-Giving Burden and Perceived Social Support of Stroke Caregivers. *Acta Médica* 2014; 57(2): 68-72.
20. Olai L, Borgquist L, Svardsudd K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2015; 120: 290-298.
21. Björkdahl A, Nilsson AL, Sunnerhagen KS. Can Rehabilitation in the home setting reduce the burden of care for the next-of-kin of stroke victims? *J Rehabil Med* 2007; 39: 27-32.

22. Benvegnu AB, Gomes LA, Souza CT, Cuados TBB, Pavão LW, Ávila SN. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Cien Saude Colet* 2008; 1(2): 71-77.
23. Watanabe A, Fukuda M, Suzuki M, Kawaguchi T, Akutsu T, Kanda T. Factors decreasing caregiver burden to allow patients with Cerebrovascular Disease to continue in long-term home care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2015; 24(2): 424 -430.
24. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4): 1175-1180.
25. Gawryszewski VP, Coelho HMM, Scarpelini S, Zan R, Jorge MHPM, Rodrigues EMS. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo, 2005. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2): 275-282.
26. Watanabe A, Fukuda M, Suzuki M, Kawaguchi T, Akutsu T, Kanda T. Factors decreasing caregiver burden to allow patients with Cerebrovascular Disease to continue in long-term home care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2015; 24(2): 424 -430.
27. Zétola VHF. Acidente Vascular Encefálico em Pacientes Jovens: Análise de 164 casos. *Arq Neuropsiquiatr* 2001; 4(12): 40-45.
28. Nardi EFR, Sawada NO, Santos, JLF. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev. Latino Am de Enferm* 2013; 21 (5):1093-1113.
29. Sit J, Wong TKS, Clinton M, Li LSW, Fong Y. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *J Clin Nurs* 2004; 13(8): 16-24.
30. Brito ES, Rabinovich EP. Desarrumou Tudo! O Impacto do Acidente Vascular Encefálico na Família. *Saúde Soc* 2008; 17: 153-169.

Artigo 2- Será submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem

**SOBRECARGA DE CUIDADORES FAMILIARES E CAPACIDADE FUNCIONAL
DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ESTUDO
LONGITUDINAL**

**BURDEN'S FAMILY CAREGIVERS AND FUNCTIONAL CAPACITY OF PATIENTS
WITH STROKES: LONGITUDINAL STUDY**

Francine Aguilera Rodrigues da Silva¹, Cejane Oliveira Martins Prudente², Celmo Celeno Porto³

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. francine.fisio@hotmail.com

²Doutora. Professora do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Universidade Estadual de Goiás. cejanemp@hotmail.com

³Doutor em Medicina Clínica. Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Orientador do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde-UFG. celmo1934@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar a sobrecarga de cuidadores familiares e sua relação com a evolução da capacidade funcional dos pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) ou Acidente Vascular Hemorrágico (AVCH). **Método:** estudo longitudinal analítico, realizado em três momentos: na primeira semana de internação dos pacientes, na alta e três meses após a alta. Utilizou-se um questionário para o perfil sociodemográfico dos cuidadores,

outro para o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes; Medida de Independência Funcional (MIF) e Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).

Resultados: participaram 51 cuidadores familiares de 51 pacientes com sequela de AVC; 29,41% com AVCH e 70,59% com AVCI. Os pacientes obtiveram ganhos significativos na funcionalidade em todos os domínios, com alguns resultados melhores nos pacientes com AVCH. Na admissão, observou-se sobrecarga moderada nos cuidadores na maioria dos domínios, sem modificações nas avaliações seguintes. Mudanças significativas somente foram observadas no domínio “Mecanismos de Eficácia e Controle”, em ambos os tipos de AVC. A evolução da capacidade funcional dos pacientes não influenciou na evolução da sobrecarga nos cuidadores. Isto demonstra que mudanças na capacidade funcional não podem ser consideradas isoladamente na análise da sobrecarga dos cuidadores. Os resultados direcionam a abordagem dos profissionais da reabilitação para a necessidade de assistência multiprofissional intensificada aos pacientes com sequela de AVC que visem não somente a melhora da capacidade funcional, mas também a preparação adequada dos cuidadores.

Descritores: Cuidadores; Família; Acidente Vascular Cerebral; Funcionalidade; Reabilitação.

Abstract

Objective: to evaluate the burden of family caregivers and the their relation with the evolution of functional capacity of patients who suffered from Ischemic Stroke (IS) or Hemorrhagic Stroke (HS). **Method:** longitudinal analytical study, realized in three moments: in the first week of hospitalization, at discharge and three months after discharge. A questionnaire was used for the sociodemographic profile of caregivers, another for the sociodemographic and clinical profile of the patients; Functional Independence Measure (FIM) and Informal Caregiver Overload Assessment Questionnaire (COAQ). **Results:**

participated 51 family caregivers of 51 patients with stroke sequelae; 29.41% with stroke and 70.59% with HS. Patients achieved significant gains in functionality in all domains, with some better outcomes in patients with stroke. At admission, moderate burden was observed in caregivers in most domains, with no changes in subsequent assessments. Significant changes were only observed in the domain "Mechanisms of Efficacy and Control" in both types of stroke. The evolution of patients' functional capacity did not influence the evolution of the burden in the caregivers. This demonstrates that changes in functional capacity can not be considered in isolation when analyzing the caregivers burden. The results direct the approach of rehabilitation professionals to the need for intensified multiprofessional care for patients with stroke sequelae that aim not only to improve functional capacity but also to adequately prepare caregivers.

Keywords: Caregivers; Family; Stroke; Functioning; Rehabilitation.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) caracteriza-se pela redução do fluxo sanguíneo constituindo o AVC Isquêmico (AVCI) ou extravasamento de sangue para determinada área do cérebro, ocasionando o AVC Hemorrágico (AVCH)¹.

As limitações motoras após o AVC repercutem na necessidade de auxílio para realização das atividades de vida diária. Na maioria das vezes os cuidados são prestados por familiares², em virtude das dificuldades de se ter cuidadores formais³.

No retorno ao domicílio, os cuidados são prestados de forma intuitiva⁴. A tarefa de cuidar de uma pessoa funcionalmente dependente desencadeia uma série de situações adversas que impõem mudanças no estilo de vida. A maneira como as pessoas lidam com as dificuldades do cuidar podem gerar diferentes níveis de sobrecarga⁵.

Tanto a pessoa que sobrevive ao AVC quanto seus familiares, necessitam de ações de cuidados complexos desde o evento cerebral, no período de hospitalização e principalmente, no domicílio⁶. Na fase em que o paciente está hospitalizado o cuidado é prestado pela equipe de saúde, entretanto, no momento do retorno para casa é que ocorre a transição do cuidado.

A transição após a alta hospitalar é um período de ajuste às alterações psicossociais, para restabelecer um novo formato de vida para o doente e seu cuidador familiar. Esse processo envolve mudanças nos papéis sociais e comportamentos, e é permeado por incertezas, sobrecarga física, econômica e emocional⁷.

Acredita-se que a internação para reabilitação poderá preparar melhor a família e auxiliar nos ganhos funcionais nos primeiros meses após o AVC, com repercussão no futuro do paciente. A informação sobre o curso da recuperação funcional e as diferenças a este respeito entre os pacientes que sofreram AVCI ou AVCH, é de utilidade prática para a equipe multiprofissional, uma vez que lhes permitirá traçar o prognóstico e o desenvolvimento de programas de reabilitação personalizados⁸.

O conhecimento da sobrecarga dos cuidadores possibilita fornecer assistência direcionada, e minimizar o impacto da dependência dos pacientes no âmbito familiar. Além disso, não há estudos que analisaram separadamente a sobrecarga dos cuidadores e sua relação com a evolução funcional pelo tipo de AVC.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a sobrecarga de cuidadores familiares e sua relação com a evolução da capacidade funcional dos pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) ou Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH).

Métodos

Estudo longitudinal analítico, realizado no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), em Goiânia-Go, Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo CEP/UFG Nº 097974/2015.

Os critérios de inclusão foram: a) cuidadores familiares e pacientes com diagnóstico de AVC, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no estado de Goiás; b) cuidadores familiares que estavam em contato com o paciente antes da internação para reabilitação, e que assumiram o papel de cuidadores durante e após a alta da internação. Foram excluídos: a) pacientes com diagnóstico de mais de um AVC; b) pacientes com sequelas de outras doenças neurológicas ou ortopédicas; c) pacientes que tiveram cuidadores formais (profissionais).

Foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário Sociodemográfico dos cuidadores familiares; b) Questionário Sociodemográfico e Clínico dos pacientes com AVC; c) Medida de Independência Funcional (MIF); d) Questionário para Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).

Antes de iniciar a coleta de dados os cuidadores familiares e pacientes com diagnóstico de AVC leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo esta realizada em três momentos: na primeira semana de internação dos pacientes, na alta, e após três meses da alta, tendo início em dezembro de 2015 e concluída em janeiro de 2017.

Durante a internação, e após três meses, a MIF foi aplicada por dois terapeutas ocupacionais, um do serviço de internação, e outro do serviço de reabilitação ambulatorial, devidamente capacitados para sua aplicação, na presença do cuidador, a fim de garantir maior fidedignidade e reduzir influências de déficits cognitivos dos pacientes. Os outros dados foram coletados pela própria pesquisadora.

Após três meses, os instrumentos foram reaplicados em salas de atendimentos do CRER, em dias previamente agendados, antes das consultas, terapias ou nas residências dos pacientes. O tempo médio de cada entrevista foi de 25 minutos.

O Questionário Sociodemográfico dos cuidadores familiares incluiu os seguintes itens: idade, sexo, estado civil, escolaridade, grau de parentesco com o paciente, situação ocupacional, renda familiar, residir com o paciente e revezamento nos cuidados. Por meio do Questionário Sociodemográfico e Clínico dos pacientes foram coletados dados sobre sexo, idade, estado civil, tipo de AVC, hemicorpo afetado, tempo de lesão e tempo de internação no CRER.

A MIF, utilizada para avaliar a independência funcional de pacientes neurológicos, possui 18 tarefas, classificadas em seis dimensões e duas subdivisões (motora e cognitiva). Na MIF total os valores variam de 18 a 126, que podem ser divididos em quatro subescores, de acordo com a pontuação obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19-60 pontos: dependência modificada 1 (assistência de até 50% da tarefa); c) 61-103 pontos: dependência modificada 2 (assistência de até 25% da tarefa); d) 104-126 pontos: independência completa/modificada. Portanto, quanto menor o escore, maior o nível de dependência e pior o desempenho funcional dos indivíduos avaliados^{9,10}.

O QASCI avalia a sobrecarga física, emocional e social de cuidadores informais de indivíduos com sequelas após AVC¹¹. É composto por 32 itens, avaliados em escala tipo *likert* de 1 (Não/Nunca) a 5 (Sempre) pontos, e compreende sete dimensões: Sobrecarga Emocional; Implicações na Vida Pessoal; Sobrecarga Financeira; Reações a Exigências; Mecanismos de Eficácia e Controle; Suporte Familiar; e Satisfação com o Papel e com o Familiar¹². A média de sobrecarga obtida pode ser categorizada em cinco níveis distintos e a soma correspondente a zero indica ausência de sobrecarga. Valores de 1 a 25 correspondem a sobrecarga leve; de 26 a 50 sobrecarga moderada; de 51 a 75 sobrecarga grave; e de 76 a 100 sobrecarga extremamente grave¹³.

Os dados foram analisados com o pacote *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS, 23,0) adotando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A descrição do perfil

sociodemográfico dos cuidadores familiares e do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes foi apresentada pelas frequências absolutas e relativas (tabelas de contingência), média e desvio padrão para as variáveis contínuas. Foram aplicadas análises estatísticas não paramétricas conforme verificado pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Foi realizada separadamente análise da evolução da capacidade funcional dos pacientes com AVC e da sobrecarga dos cuidadores com base no teste de Friedman, seguido do teste de Wilcoxon. A relação entre a evolução da capacidade funcional dos pacientes e a evolução da sobrecarga dos cuidadores, três meses após a alta foi realizada utilizando a correlação de Spearman.

Resultados

Inicialmente foram avaliados 63 pacientes e 63 cuidadores. Por perda de contato ou pelo fato do familiar deixar de ser cuidador foram excluídos 12 pacientes. A amostra final ficou constituída por 51 cuidadores familiares de 51 pacientes com sequela de AVC.

O cuidador mais jovem tinha 20 anos e o mais idoso 74 anos, com idade mediana de 51,0 anos. A média de idade dos cuidadores dos pacientes com AVCH foi de 54,60 (DP \pm 8,92) anos, e a dos cuidadores dos pacientes com AVCI 46,28 (DP \pm 15,79) anos, com pareamento entre os grupos ($p=0,06$).

Os cuidadores eram em sua maioria do sexo feminino, casados, cônjuges do paciente, com ensino fundamental, renda familiar entre dois e cinco salários mínimos, residiam com os pacientes, deixaram de trabalhar para se tornarem cuidadores. Com relação ao revezamento nos cuidados, 84,38% revezavam com familiares e 15,62% com cuidadores formais. Não houve diferença significativa nestas variáveis quanto ao tipo de AVC (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos cuidadores de acordo com o tipo de AVC. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Variáveis	Tipos de AVC n (%)			P
	AVCH (n=15)	AVCI (n=36)	Total (n=51)	
Sexo				
Feminino	11 (73,3)	7 (75,0)	38 (74,5)	0,90**
Masculino	4 (26,7)	9 (25,0)	13 (25,5)	
Estado civil				
Casado (a)	11 (73,3)	28 (77,8)	39 (76,5)	0,14**
Divorciado (a)	2 (13,3)	0 (0,0)	2 (3,9)	
Solteiro (a)	2 (13,3)	7 (19,4)	9 (17,6)	
Viúvo (a)	0 (0,0)	1 (2,8)	1 (2,0)	
Escolaridade				
Ensino fundamental	8 (53,3)	16 (44,4)	24 (47,1)	0,51**
Ensino médio	6 (40,0)	13 (36,1)	19 (37,3)	
Ensino superior	1 (6,7)	7 (19,4)	8 (15,7)	
Grau de Parentesco				
Cônjuge	11 (73,3)	20 (55,6)	31 (60,8)	0,36**
Filhos	1 (6,7)	10 (27,8)	11 (21,6)	
Outros	2 (13,3)	5 (13,9)	7 (13,7)	
Pais	1 (6,7)	1 (2,8)	2 (3,9)	
Situação Ocupacional				
Aposentado	2 (13,3)	3 (8,3)	5 (9,8)	0,16**
Deixou de trabalhar	10 (66,7)	12 (33,3)	22 (43,1)	
Dona de casa	2 (13,3)	10 (27,8)	12 (23,5)	
Estudante	0 (0,0)	2 (5,6)	2 (3,9)	
Trabalha	1 (6,7)	9 (25,0)	10 (19,6)	
Renda familiar				
≤ 1 salário	5 (33,3)	10 (27,8)	15 (29,4)	0,31**
2 a 5 salários	10 (66,7)	21 (58,3)	31 (60,8)	
> 5 salários	0 (0,0)	5 (13,9)	5 (9,8)	
Reside com paciente				
Não	3 (20,0)	6 (16,7)	9 (17,6)	0,77**
Sim	12 (80,0)	30 (83,3)	42 (82,4)	
Revezamentos nos cuidados				
Não	6 (40,0)	13 (36,1)	19 (37,3)	0,79**
Sim	9 (60,0)	23 (63,9)	32 (62,7)	

**Qui-quadrado

AVCH: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCI: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Em relação aos pacientes, o mais jovem tinha 28 anos e o mais idoso 84 anos, com idade mediana de 58,0 anos. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, casado, apresentava hemiplegia à esquerda, tempo de lesão inferior a quatro meses e diagnóstico

clínico de AVCI (Tabela 2). A média de tempo de internação para reabilitação foi de 31,98 (DP ± 8,91) dias. Não houve diferença estatística nestas variáveis entre os tipos de AVC.

Tabela 2. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes de acordo com o tipo de AVC Goiânia, GO, Brasil, 2017

Variáveis	Tipos de AVC n (%)			P
	AVCH (n=15)	AVCI (n=36)	Total (n=51)	
Sexo				
Feminino	5 (33,3)	18 (50,0)	23 (45,1)	0,27**
Masculino	10 (66,7)	18 (50,0)	28 (54,9)	
Estado Civil				
Casado (a)	12 (80,0)	27 (75,0)	39 (76,5)	0,47**
Divorciado (a)	2 (13,3)	5 (13,9)	7 (13,7)	
Solteiro (a)	1 (6,7)	1 (2,8)	2 (3,9)	
Viúvo (a)	0 (0,0)	3 (8,3)	3 (5,9)	
Hemicorpo afetado				
Hemiplegia D	5 (33,3)	20 (55,6)	25 (49,0)	0,14**
Hemiplegia E	10 (66,7)	16 (44,4)	26 (51,0)	
Tempo de lesão				
< 4 meses	9 (60,0)	26 (72,2)	35 (68,6)	0,27**
4 meses	1 (6,7)	5 (13,9)	6 (11,8)	
> 4 meses	5 (33,3)	5 (13,9)	10 (19,6)	

**Qui-quadrado

AVCH: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCI: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Na análise comparativa da evolução da capacidade funcional, em ambos os tipos de AVC, houve melhora em todos os domínios, entre as primeiras e segundas avaliações. Os domínios “Locomoção” e “Cognitivo Social” apresentaram melhora nas três avaliações, nos dois tipos de AVC. Nos pacientes com AVCH e no total de pacientes, houve melhora no domínio “Mobilidade e Transferência” e Escore Total da capacidade funcional nas três avaliações (Tabela 3).

Na comparação da evolução da capacidade funcional, entre os tipos de AVC, foi observada diferença significativa nos itens “Controle de Esfincteres” (p=0,01), “Locomoção” (p=0,03) e pontuação total (p=0,03), com melhores resultados nos pacientes com AVCH.

Tabela 3. Análise da evolução da capacidade funcional de acordo com o tipo de AVC. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Capacidade funcional	Tipos de AVC (Média ± DP)		Total (n=51)
	AVCH (n=15)	AVCI (n=36)	
Cuidados Pessoais	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
1 ^a	16,40 ± 6,70a	17,19 ± 7,51a	16,96 ± 7,22 ^a
2 ^a	28,00 ± 7,67b	27,69 ± 8,74b	27,78 ± 8,37b
3 ^a	29,53 ± 10,51b	26,39 ± 9,20b	27,31 ± 9,61b
Controle de Esfíncteres	$p = 0,001$	$p = 0,002$	$p < 0,001$
1 ^a	8,33 ± 4,12a	9,56 ± 4,25 a	9,20 ± 4,20 ^a
2 ^a	11,93 ± 3,13b	11,28 ± 3,43b	11,47 ± 3,32b
3 ^a	13,07 ± 1,67b	10,94 ± 3,91b	11,57 ± 3,52b
Mobilidade e Transferência	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
1 ^a	7,40 ± 2,90a	8,42 ± 5,10 a	8,12 ± 4,56 ^a
2 ^a	12,00 ± 5,20b	12,92 ± 5,73b	12,65 ± 5,54b
3 ^a	15,07 ± 6,82c	13,64 ± 5,91b	14,06 ± 6,16c
Locomoção	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
1 ^a	2,00 ± 0,00a	3,08 ± 1,96a	2,76 ± 1,72 ^a
2 ^a	5,33 ± 2,94b	5,25 ± 3,60b	5,27 ± 3,39b
3 ^a	8,20 ± 4,46c	6,50 ± 4,12c	7,00 ± 4,25c
Comunicação	$p = 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
1 ^a	9,40 ± 3,89a	9,47 ± 3,52 a	9,45 ± 3,59 ^a
2 ^a	11,13 ± 3,04b	11,11 ± 2,63b	11,12 ± 2,73b
3 ^a	11,87 ± 2,64b	11,42 ± 3,06b	11,55 ± 2,92b
Cognitivo Social	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
1 ^a	10,33 ± 5,07a	10,44 ± 5,65a	10,41 ± 5,43 ^a
2 ^a	13,33 ± 5,23b	12,47 ± 4,43b	12,73 ± 4,64b
3 ^a	15,60 ± 4,81c	13,78 ± 4,49c	14,31 ± 4,61c
Escore total	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
1 ^a	53,87 ± 19,92a	56,81 ± 21,79a	55,94 ± 21,10 ^a
2 ^a	81,73 ± 22,81b	79,94 ± 23,64b	80,47 ± 23,18b
3 ^a	93,27 ± 26,99c	82,67 ± 25,79b	85,78 ± 26,33c

*Teste de Friedman seguido do teste de Wilcoxon.

AVCH: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico; AVCI: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Letras diferentes indicam diferenças significativas

A Tabela 4 apresenta a análise da evolução da sobrecarga dos cuidadores de acordo com o tipo de AVC. Diferença estatística só foi observada no domínio “Mecanismos de Eficácia de Controle” (MEC), em ambos os tipos de AVC. Neste domínio, os cuidadores de pacientes com AVCH ($p=0,01$) e do total de pacientes com AVC ($p<0,001$) apresentaram melhora da sobrecarga entre as primeiras e segundas avaliações, passando de sobrecarga moderada para sobrecarga leve, mantendo nas terceiras avaliações. Nos cuidadores de

pacientes com AVCI ($p=0,001$) a sobrecarga moderada foi mantida nas primeiras e segundas avaliações, e evoluiu para uma sobrecarga leve nas terceiras avaliações.

Tabela 4. Análise da evolução da sobrecarga dos cuidadores de acordo com o tipo de AVC. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Sobrecarga do cuidador	Tipos de AVC (Média ± DP)		
	AVCH (n=15)	AVCI (n=36)	Total (n=51)
Sobrecarga Emocional	$p = 0,33$	$p = 0,85$	$p = 0,86$
1º	36,40 ± 23,40	45,97 ± 28,13	43,16 ± 26,96
2º	40,47 ± 23,11	48,33 ± 28,71	46,02 ± 27,20
3º	49,07 ± 31,87	42,92 ± 29,41	44,73 ± 29,96
Implicações na Vida Pessoal	$p = 0,36$	$p = 0,10$	$p = 0,14$
1º	43,13 ± 27,57	45,14 ± 29,88	44,55 ± 28,96
2º	50,47 ± 29,99	42,36 ± 25,67	44,75 ± 26,96
3º	47,73 ± 35,48	37,58 ± 26,93	40,57 ± 29,70
Sobrecarga Financeira	$p = 0,34$	$p = 0,11$	$p = 0,32$
1º	70,80 ± 35,86	45,61 ± 39,71	53,02 ± 39,98
2º	68,27 ± 42,54	38,83 ± 36,16	47,49 ± 40,07
3º	54,93 ± 37,77	45,06 ± 39,05	47,96 ± 38,57
Reações a Exigências	$p = 0,23$	$p = 0,73$	$p = 0,30$
1º	25,67 ± 23,44	31,67 ± 28,64	29,90 ± 27,12
2º	30,33 ± 22,48	33,33 ± 26,91	32,45 ± 25,50
3º	34,67 ± 32,26	33,47 ± 26,21	33,82 ± 27,80
Mecanismos de Eficácia e Controle	$p = 0,01$	$p = 0,001$	$p < 0,001$
1º	42,40 ± 20,25a	33,03 ± 20,73a	35,78 ± 20,84 ^a
2º	24,13 ± 16,13b	29,36 ± 22,02a	27,82 ± 20,45b
3º	22,67 ± 22,94b	20,33 ± 18,22b	21,02 ± 19,52b
Suporte Familiar	$p = 0,79$	$p = 0,44$	$p = 0,77$
1º	37,47 ± 39,81	24,61 ± 33,18	28,39 ± 35,35
2º	39,13 ± 41,45	23,22 ± 30,17	27,90 ± 34,23
3º	33,33 ± 36,19	29,92 ± 35,13	30,92 ± 35,11
Satisfação com o Papel e com o Familiar	$p = 0,72$	$p = 0,09$	$p = 0,16$
1º	9,87 ± 14,65	12,92 ± 16,96	12,02 ± 16,23
2º	11,00 ± 15,83	16,11 ± 19,50	14,61 ± 18,49
3º	9,67 ± 14,20	22,22 ± 24,57	18,53 ± 22,63

*Teste de Friedman seguido do teste de Wilcoxon

AVCH: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico; AVCI: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Letras diferentes indicam diferenças significativas

Na admissão, em ambos os tipos de AVC, observou-se sobrecarga moderada na maioria dos domínios. Os cuidadores de pacientes com AVCH e os cuidadores do total de pacientes com AVC apresentavam sobrecarga grave no domínio “Sobrecarga Financeira”, na admissão, sem modificações nos cuidadores de pacientes com AVCH, evoluindo para sobrecarga moderada nas duas avaliações seguintes, no total de pacientes. Sobrecarga leve foi

avaliada no domínio “Satisfação com o papel e com o familiar”, nos três momentos, nos dois tipos de AVC. Nestes, e nos outros domínios não foram observadas diferenças significativas com o passar do tempo.

Ao comparar a evolução da sobrecarga entre os cuidadores dos pacientes com AVCH e os com AVCI, não foram observadas diferenças significativas.

Na Tabela 5, pode-se observar que não houve relação entre a evolução da capacidade funcional dos pacientes com AVCI e AVCH, e a evolução da sobrecarga nos cuidadores familiares.

Tabela 5. Evolução da capacidade funcional dos pacientes e da sobrecarga dos cuidadores. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Sobrecarga do cuidador	Capacidade Funcional Total	
	R	<i>p</i> *
Sobrecarga Emocional	0,22	0,12
Implicações na Vida Pessoal	0,14	0,33
Sobrecarga Financeira	-0,03	0,82
Reações a Exigências	0,09	0,53
Mecanismos de Eficácia e Controle	0,03	0,81
Suporte Familiar	-0,18	0,20
Satisfação com o Papel e com o Familiar	0,03	0,83

* Correlação de Spearman

Discussão

Os pacientes com sequela de AVCH e AVCI apresentaram ganhos significativos na capacidade funcional, porém não se observou relação entre a sobrecarga dos cuidadores e a evolução da capacidade funcional dos pacientes. Nelson et al.¹⁴ analisaram a relação entre mudanças funcionais em pacientes após o AVC e a sobrecarga dos cuidadores, quatro e doze meses após a alta hospitalar, houve aumento da sobrecarga dos cuidadores, não relacionado à capacidade funcional dos pacientes.

Em três estudos, a sobrecarga teve relação com a diminuição da capacidade funcional dos pacientes¹⁵⁻¹⁷. Dois estudos relataram presença de sobrecarga, mesmo havendo melhora na capacidade funcional dos pacientes^{12,18}.

Um estudo avaliou fatores preditivos de sobrecarga em cuidadores de pacientes com AVC, durante a hospitalização e após seis meses da alta, descrevendo aumento da sobrecarga relacionado à diminuição da capacidade funcional dos pacientes, somada a outras situações¹⁹.

Os pacientes com AVCI e AVCH obtiveram ganhos significativos em todos os domínios da funcionalidade, o que confirma a importância da reabilitação precoce intensiva destes pacientes^{20,21}. O início da reabilitação, nos primeiros seis meses após o AVC, permite alcançar melhores respostas ao tratamento, em pacientes com redução da capacidade funcional²².

Tanto os pacientes com AVCI, como os pacientes com AVCH obtiveram ganhos significativos nos domínios “Locomoção” e “Cognitivo Social” nas três avaliações. Dobkin²³ chamou a atenção para a eficácia dos planos de reabilitação intensivos voltados ao treino de marcha. Pacientes, ainda na fase aguda, que apresentam comprometimento cognitivo, ao serem admitidos em uma unidade de reabilitação, podem ser beneficiados pelo tratamento precoce²⁴.

Notou-se melhora significativa no domínio “Mobilidade e Transferência” e no escore total da capacidade funcional, nas três avaliações, nos pacientes com AVCH e no total de pacientes com AVC. Na comparação da evolução da capacidade funcional, entre os tipos de AVC, foi observada diferença significativa nos itens “Controle de Esfíncteres”, “Locomoção” e pontuação total, com melhores resultados nos pacientes que sofreram AVCH. Alguns estudos também mostraram que os pacientes com AVCH apresentaram melhor prognóstico funcional durante a reabilitação^{25,26}.

No AVCH, à medida que o hematoma se resolve e o edema diminui, o tecido cerebral pode restaurar a sua função, ocorrendo desaparecimento relativamente rápido de sinais e sintomas. Em contrapartida no AVCI, como a área lesionada se recuperará apenas parcialmente, espera-se uma recuperação mais lenta, gradual e sustentada²⁷.

Na avaliação da sobrecarga em ambos os tipos de AVC, houve mudanças significativas somente no domínio “Mecanismos de Eficácia e Controle”, o qual integra um conjunto de aspectos que capacitam o cuidador a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel²⁸. Neste domínio, os cuidadores dos pacientes com AVCH e do total de pacientes com AVC apresentaram sobrecarga moderada na admissão para reabilitação, que evoluiu para sobrecarga leve na alta hospitalar, a qual permaneceu inalterada após três meses. Este resultado pode estar relacionado ao fato de 92,2% dos cuidadores relatarem ter recebido orientações para os cuidados durante a internação do paciente.

No domínio “Mecanismos de Eficácia e Controle”, os pacientes com AVCI apresentaram sobrecarga moderada na admissão à alta hospitalar, que evoluiu para sobrecarga leve, após três meses. Vários estudos consideraram o treinamento dos cuidadores condição para a diminuição da sobrecarga nos familiares^{11,29,30}. Em um destes estudos a diminuição da sobrecarga foi claramente relacionada à adaptação gradual do aprendizado dos cuidadores em ambiente familiar³⁰.

Na admissão, os cuidadores de pacientes com AVCH e os cuidadores do total de pacientes com AVC apresentavam sobrecarga grave no domínio “Sobrecarga Financeira”. O problema financeiro é uma das principais preocupações para os familiares de pessoas com sequela de AVC. As dificuldades financeiras enfrentadas pelo cuidador contribuem para o seu desgaste emocional, isso acontece diante da impossibilidade de suprir todas as necessidades que o familiar requer e que a doença exige³¹.

Sobrecarga leve foi avaliada no domínio “Satisfação com o papel e com o familiar”. Mesmo diante das diversas tarefas rotineiras e das dificuldades surgidas, os cuidadores encontram no seu dia a dia estímulo, coragem, amor e paciência para cuidar do outro, mesmo que tenham que se privar de algumas necessidades pessoais³².

Sobrecarga moderada foi mantida na maioria dos domínios, nos três momentos, nos dois tipos de AVC. A família precisa ser inserida no contexto terapêutico, diminuindo as dúvidas do cuidador a respeito do AVC, do seu prognóstico e a insegurança vivenciada na chegada do paciente ao domicílio³³. Faz-se necessário que o cuidador seja visualizado de forma integral dentro do seu contexto socioeconômico, cultural e ambiental.

Ao comparar a evolução da sobrecarga entre os cuidadores dos pacientes com AVCH e os com AVCI, não foram observadas diferenças significativas. Certamente porque, independente do tipo de AVC, existe impacto na vida dos cuidadores.

Conclusão

Pacientes com diagnóstico de AVCI e AVCH apresentam melhora da capacidade funcional com o atendimento intensivo no serviço de internação hospitalar para reabilitação. Os ganhos na capacidade funcional podem ser mantidos ou aumentados, com a continuidade do processo de reabilitação após a alta hospitalar. A capacidade funcional de pacientes com AVCH parece evoluir continuamente e com maior rapidez, quando comparada a pacientes com AVCI.

Na internação dos pacientes com AVC, verificou-se sobrecarga moderada nos cuidadores familiares, sem modificações na maioria dos domínios, na alta hospitalar e após três meses. O “Mecanismo de Eficácia e Controle”, único domínio na avaliação da sobrecarga que apresentou melhora, sugere que treinamentos por equipes multidisciplinares podem capacitar os cuidadores, com reflexo na diminuição da sobrecarga.

A manutenção da sobrecarga pode estar relacionada ao curto período de tempo entre as primeiras e terceiras avaliações, insuficiente para ocorrer mudanças da sobrecarga na maioria dos domínios, bem como a possível necessidade de adequar e/ou melhorar o suporte emocional, social oferecido durante a internação, e as orientações à família direcionadas para a nova rotina que envolve a chegada do paciente ao domicílio.

A ausência da relação entre a sobrecarga nos cuidadores e a capacidade funcional dos pacientes, demonstra que mudanças na capacidade funcional não podem ser consideradas isoladamente na análise da sobrecarga nos cuidadores.

Os resultados direcionam a abordagem dos profissionais da reabilitação para a necessidade de assistência multiprofissional intensificada aos pacientes com seqüela de AVC que visem não somente a melhora da capacidade funcional, mas também a preparação adequada dos cuidadores.

Referências

1. Botelho TS, Machado Neto CD, Araújo FLG, Assis SC. Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Temas em Saúde*. 2016; 16 (2): 129-136.
2. Cordova RAM, Cesarino CB, Tognola WA. Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós – primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores. *Arquivos Ciência Saúde*. 2007; 14(02): 71-75.
3. Mendonça FF, Garanhani ML, Martins VL. Cuidador Familiar de Sequelados de Acidente Vascular Cerebral: Significado e Implicações. *Revista de Saúde Coletiva*. 2008; 18 (1): 143-158.
4. Lavinsky AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Sci Health*. 2004; 26 (1): 41-45.
5. Manoel MF, Teston EF, Waidman MAP, Desesaro MN, Marcon SS. As relações familiares

- e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. Esc. Anna Nery. 2013; 17 (2): 346-353.
6. Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com AVC em reabilitação. Acta Paul Enferm. 2013; 26 (2): 205-212.
 7. Rodrigues RAPR, Marques S, Kusomota L, Santos EB, Fhon JRS, Wehbe SCCF. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. Rev. Latino Am Enfermagem [internet]. 2013 [acesso em 2017 jul 15]; 21(9): 9p. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
 8. Paolucci S, Antonucci G, Grasso MG, Bragoni M, Coiro P, Angelis D, et al. Functional outcome of ischemic and hemorrhagic stroke patients after inpatient rehabilitation. Stroke. 2003; 34(12): 2861-2865.
 9. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SS, Sakamoto H, Potiguara P, Pinto N, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta fisiátrica. 2004; 11(2): 72-76.
 10. Pompeu SMAA, Pompeu JE, Rosa M, Silva MR. Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós Acidente Vascular Cerebral. Rev Neurocienc. 2011; 19(4): 614-620.
 11. Araújo JB, Cacho EWA, Freitas RPA, Lima NMV, Pereira SA, Cacho RO. Efeitos de uma capacitação oferecida a cuidadores informais de pacientes pós-AVC. Rev. Neurocienc. 2015; 23(3): 368-375.
 12. Faro ACM. Cuidar do lesado medular em casa, a vivência singular do cuidador familiar. Tese de Livre Docente, Universidade de São Paulo; 2009.143p.
 13. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13 (4): 1175-1180.

14. Nelson MM, Smith AM, Martinson CB, Kind A, Luepker VS. Declining patient functioning and caregiver burden/health: The Minnesota Stroke Survey-Quality of Life after Stroke Study. *Gerontologist*. 2008; 48(5): 573–583
15. Visser-Meily A, Post M, Schepers V, Lindeman E. Spouses' Quality of Life 1 Year after Stroke: Prediction at the Start of Clinical Rehabilitation. *Cerebrovasc Dis*. 2005; 20(6): 443-448.
16. Rigby H, Gubitz G, Eskes G, Reidy Y, Christian C, Grover V, Phillips S. Caring for stroke survivors: baseline and 1-year determinants of caregiver burden. *Journal of Stroke*. 2009; 4(3): 152–158.
17. Olai L, Borgquist L, Svardsudd K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2015; 120 (4): 290-298.
18. Tooth L, Mckenna K, Barnetti A, Prescott C, Muphy S. Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Inj*. 2005; 19 (12): 963-974.
19. Jaracz K, Fudala BG, Kozubski W. Caregiver burden after stroke: towards a structural model. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2012; 46(3): 224-232
20. Costa R. Factores preditores do estado de saúde em indivíduos vítimas de AVC. [tese de doutorado]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2009. 257p.
21. Carvalhido T, Pontes M. Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram acidente vascular cerebral. *Rev Faculdade de Ciências da Saúde*. 2009; 6: 140-150.
22. Borella MP, Sacchelli T. Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Rev Neurocienc*. 2009; 17(2): 161-169.
23. Dobkin, B. Rehabilitation after stroke. *The New England Journal of Medicine*. 2005; 352(16): 1677 -1684.

24. Moscoso MA, Marques RCG, Ribeiz SRI, Santos L, Bezerra DM, Filho WC. Profile of caregivers of Alzheimer's disease patients attended at a reference center for cognitive disorders. *Dementia & Neuropsychologia*. 2007; 5 (3): 412-417.
25. Paolucci S, Antonucci G, Grasso MG, Bragoni M, Coiro P, Angelis D, et al. Functional outcome of ischemic and hemorrhagic stroke patients after inpatient rehabilitation. *Stroke*. 2003; 34(12): 2861-2865.
26. Kelly PJ, Furie KL, Shafqat S, Rallis N, Chang Y, Stein J. Functional recovery following rehabilitation after hemorrhagic and ischemic stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84 (7): 968-972.
27. Schepers VPM, Ketelaar M, Mvisser-Meily AJM, Groot V, Twisk JWR, Lindeman, E. Functional Recovery Differs Between Ischaemic And Haemorrhagic Stroke Patients. *J Rehabil Med*. 2008; 40 (6): 487-490.
28. Martins T; Ribeiro JP; Garret C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, saúde & doenças*. 2003; 4(1): 131-148.
29. Karahan AY, Kucuksen S, Yilmaz H, Salli A, Gungor T, Sahin M. Effects of Rehabilitation services on Anxiety, Depression, Care-Giving Burden and Perceived Social Support of Stroke Caregivers. *Acta Médica*. 2014; 57(2): 68-72.
30. Björkdahl A, Nilsson AL, Sunnerhagen KS. Can Rehabilitation in the home setting reduce the burden of care for the next-of-kin of stroke victims? *J Rehabil Med*. 2007; 39 (1): 27-32.
31. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem [internet]*. 2004. [acesso em: 21 jul 2017]; 6(2): 254-271. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

32. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. Rev. Latino Am Enfermagem [internet]. 2013 [acesso em: 20 jul 2016]; 21(5): 8p. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

33. Brito EA, Rabinovich EP. A família também adoece! Mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. Interface (Botucatu) [online]. 2008;12(27): p.783-794.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação foi construída no modelo de artigos científicos, portanto as conclusões apresentadas são referentes às conclusões dos dois estudos realizados.

O primeiro artigo investigou as mudanças da capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC e sua influência na evolução da sobrecarga dos cuidadores familiares. A investigação realizada nesta revisão sistemática identificou que a perda da capacidade funcional dos pacientes que sofreram AVC pode ser um preditor de sobrecarga, de tal modo que quanto mais comprometida a autonomia dos pacientes, maiores serão as demandas e a complexidade das atividades a serem desenvolvidas pelos cuidadores.

As mudanças na capacidade funcional não são os únicos fatores determinantes para a sobrecarga nos cuidadores, pois há outras situações, cujo conhecimento permite melhorar a compreensão deste processo.

A melhora da capacidade funcional dos pacientes e o preparo dos cuidadores por equipes multiprofissionais, por meio de orientações ou treinamento podem aliviar o sentimento de insegurança, o despreparo e, ao final, diminuir a sobrecarga dos cuidadores familiares.

No estudo longitudinal, que constituiu o segundo artigo, o objetivo foi avaliar a relação entre a evolução da capacidade funcional dos pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) ou Acidente Vascular Hemorrágico (AVCH) e a sobrecarga dos cuidadores familiares durante a internação hospitalar para reabilitação, e três meses após a alta.

Ficou evidente que pacientes com diagnóstico de AVCI e AVCH apresentam melhora da capacidade funcional, ao serem atendidos de maneira intensiva no serviço de internação hospitalar para reabilitação e que os ganhos na capacidade funcional podem ser mantidos ou aumentados, com a continuidade do processo de reabilitação após a alta hospitalar.

Esse estudo demonstrou que a capacidade funcional de pacientes com AVCH parece evoluir continuamente e com maior rapidez, quando comparada a pacientes com AVCI, informação que reflete na possibilidade de elaboração de programas de

tratamento específicos e indicação de prognósticos diferenciados na reabilitação desses pacientes.

Na internação dos pacientes com AVC, verificou-se sobrecarga moderada na maioria dos domínios, sem modificações nas avaliações seguintes. A manutenção da sobrecarga pode ter sido relacionada ao curto período de tempo entre as primeiras e terceiras avaliações, insuficiente para ocorrer mudanças da sobrecarga na maioria dos domínios.

O domínio “Mecanismos de Eficácia e Controle”, único na avaliação da sobrecarga que apresentou mudanças significativas, integra um conjunto de aspectos que capacitam o cuidador a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel. Portanto, durante a internação no CRER, a atenção dispensada à família e os treinamentos foram fundamentais na melhora deste aspecto nos cuidadores familiares de ambos os tipos de AVC.

Ao comparar a evolução da sobrecarga entre os cuidadores dos pacientes com AVCH e os com AVCI, não foram observadas diferenças significativas, portanto as limitações e dificuldades nos cuidados não estão diretamente relacionadas aos tipos de AVC.

A ausência da relação entre a capacidade funcional dos pacientes e a sobrecarga nos cuidadores, demonstra que mudanças na capacidade funcional não podem ser consideradas isoladamente na análise da sobrecarga dos cuidadores.

As conclusões dos artigos da revisão sistemática e do estudo longitudinal, e a vivência profissional de aproximadamente quinze anos na reabilitação de pacientes com AVC, tendo contato direto com seus cuidadores, nos permitindo fazer algumas considerações:

As limitações motoras após o AVC repercutem na necessidade de auxílio, muitas vezes prestados pela família, devido às dificuldades de se ter cuidadores formais. O surgimento de uma doença incapacitante é um momento crítico de enfrentamento para a família.

No processo de reabilitação, nós fisioterapeutas atuamos diretamente com a incapacidade funcional dos pacientes, possuímos conhecimentos técnicos e reconhecemos a necessidade da avaliação dos resultados funcionais obtidos durante o processo de reabilitação. Contudo, ainda existe uma lacuna relacionada à atenção voltada aos cuidadores familiares.

A atuação junto aos cuidadores ainda é oferecida de maneira pouco sistematizada. Isto repercute negativamente no contexto familiar, social e principalmente nas relações de cuidado entre a pessoa que sobrevive ao AVC e seus familiares.

Tanto os indivíduos com sequelas do AVC quanto os cuidadores experimentarão em diferentes intensidades, dificuldades relacionadas às limitações físicas, sociais, financeiras e emocionais, no período de hospitalização e principalmente, no domicílio.

Os dados obtidos nessa dissertação permitem propor estratégias que redirecionam a abordagem dos profissionais da reabilitação, junto aos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC. Os cuidadores familiares são elementos fundamentais no tratamento destes pacientes, e necessitam estar preparados para esse fim, considerando que o período de reabilitação pode ser prolongado.

Foi identificado que há outras situações relacionadas à sobrecarga nos cuidadores familiares, cujo conhecimento permite melhorar a compreensão deste processo, o que desperta o interesse pela elaboração de outros estudos que investiguem diferentes aspectos que poderiam se relacionar à sobrecarga nos cuidadores familiares.

Diante dessas evidências, faz-se necessário, ainda, provocar discussões no sentido de pensar e refletir sobre a temática que envolve a sobrecarga nos cuidadores familiares, a fim de promover uma visão mais generalista dos profissionais da reabilitação, para que a atenção não seja direcionada somente aos pacientes, mas também de maneira criteriosa à família.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M.; COSTA M.F.M.; CAETANO J.A, SOARES, E.; BESERRA, E.P. The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.43, n.1, p.37-43, 2009.

ARAÚJO, J.B.; CACHO, E.W.A.; FREITAS, R.P.A.; LIMA, N.M.V.; PEREIRA, S.A.; CACHO, R.O. Efeitos de uma capacitação oferecida a cuidadores informais de pacientes pós-AVC. **Revista Neurociências**, v.23, n.3, p. 368-375, 2015.

BERWANGER, O.; SUZUMURA, E.A.; BUEHLER, A.M.; OLIVEIRA, J.B. Como Avaliar Criticamente Revisões Sistemáticas e Metanálises. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 4, 2007.

BJÖRKDAHL, A.; NILSSON, A.L.; SUNNERHAGEN, K.S. Can Rehabilitation in the home setting reduce the burden of care for the next-of-kin of stroke victims? **Journal of Rehabilitation Medicine**, v.39, p. 27-32, 2007.

BOCCHI, S.C.M. Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p.115- 12, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde 2014. **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04>. Acesso em: 03 de março de 2017.

BRAITHWAITE V. Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant. *Res Aging*, v.14, n.1, p.3-27, 1999.

BRITO, E.A; RABINOVICH, E.P. A família também adoecer!: Mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. **Interface (Botucatu) [online]**, v.12, n.27, p.783-794, 2008.

CANUTO, M. A.; NOGUEIRA, L. T. Acidente vascular cerebral e qualidade de vida: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2561-2568, 2015.

CANUTO, M.A.O.; NOGUEIRA, L.T.; ARAÚJO, T.M.E. Qualidade de vida

relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n.3, p.245-52, 2016.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F.; VIEIRA, M.V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos na internação psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.4, p.517-23, 2012.

CHAE, J.; ZOROWITZ, R.D.; JOHNSTONS. M.V. Functional outcome of hemorrhagic and nonhemorrhagic stroke patients after in-patient rehabilitation. **American Journal Physical Medicine Rehabilitation**, v. 75, p. 177-182, 1996.

CHAVES, M. L. F. Acidente Vascular Encefálico: conceituação e fatores de risco. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 4, p. 372-82, 2000.

CORDOVA, R.A.M.; CESARINO, C.B.; TOGNOLA, W.A. Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós – primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores. **Arquivos Ciência Saúde**, v.14, n.2, p. 71-75, 2007.

COSTA, F.A. **Evolução cognitiva e funcional de pacientes pós Acidente Vascular Cerebral**. Tese Doutorado. Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UFGN, Natal, 2010.

COSTA, T.F.; COSTA, K.N.F.M.; MARTINS, K.P.; FERNANDES, M.G.M; BRITO, S.S. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico . **Escola Anna Nery**, v.19, n.2, p.350-355, 2015.

CUPERTINO, A.P.F.B.; ALDWIN, C.M.; OLIVEIRA, B.H.D. Moderadores dos efeitos do estresse na saúde auto percebida de cuidadores. **Interação em Psicologia**, v. 10, n.1, p.9-18, 2006.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I. et al. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 3, p. 11-24, 2002.

EUZÉBIO, C.J.V.; RANBINOVICH, E.P. Compreendendo o cuidado familiar do paciente com sequela de Acidente Vascular Encefálico. **Temas em Psicologia**, v. 14, n. 1, p.63-79, 2006.

FARO, A.C.M. **Cuidar do lesado medular em casa, a vivência singular do**

cuidador familiar. [Tese de Livre Docente]. São Paulo:Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

FERNANDES, B.C. W.; FERREIRA, K.C. P.; VAL, M.O.N.; FRÉZ, A.R. Influência das orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 1, p. 151-158, 2013.

FIGUEIREDO, D. ; SOUSA, L. Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com ou sem demência. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.26, n.1, p. 15-24, 2008.

FONSECA, N.R.; PENNA, A.F.G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1175-80, 2008.

GOMES, A.; SOUZA, C.T.; QUADROS, B.B.T. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 71-77, 2008.

GOMES, W.D.; RESCK, Z.M.R. A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n.4, p.496-501, 2009.

KARAHAN, K.S.; YILMAZ H.; SALLI, A.; GUNGOR, T.; SAHIN, M . Effects of Rehabilitation services on Anxiety, Depression, Care-Giving Burden and Perceived Social Support of Stroke Caregivers. **Acta Médica**, v.57, n.72, p. 68–72, 2014.

KELLY P.J.; FURIE K.L.; SHAFQAT S.; RALLIS N.; CHANG Y.; STEIN J. Functional recovery following rehabilitation after hemorrhagic and ischemic stroke. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 84, p. 968–972, 2003.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.931-943, 2004.

LEWIS, S.R. Patogênese. **Classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais**. In: Rowland LP; Merrit (ed). Tratado de Neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.10, p.184-95, 2002.

LIPSONA, D.M.; SANGHAB, H.; FOLEYA, N.C.; BHOGALA, S; POHANIB, G.;

TEASELLA, B. Recovery from stroke: differences between subtypes. **International Journal of Rehabilitation Research**, v.28, p. 303–308, 2005.

MAKIYAMA, T.Y.; BATTISTTELLA, R.; LITVOC, J.; MARTINS, L.C. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e seus cuidadores. **Acta Fisiátrica**, v.11, n. 3, p.106-109, 2004.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MANOEL, M.F.; TESTON, E.F.; WAIDMAN, P.M.A.; DECESARO M.N.; MARCON S.S. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Escola Anna Nery**, v. 17, n.2, p.346-353, 2013.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J.L.P.; GARRET, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 4, n.1, p.131-148, 2003.

MCCULLAGH, E.; BRIGSTOCKE, G.; DONALDSON,N.; KALRA, L. Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. **Stroke**, v. 36, p. 2181-2186, 2005.

MEDEIROS, J.D.; GRANJA K.S.B.; PINTO A.P.S. Avaliação do impacto do acidente vascular cerebral sobre a população acometida: revisão sistemática. **Caderno de graduação-ciências biológicas e da saúde**, v.1, n.3, p.131-136, 2013.

MENDES, I.S.; REIS, M.C.R.; SOUZA, D.Q.; BORGES, A.C.L.; FREITAS, S.T.T.; LIMA, F.P.S. LIMA, M.O. Métodos terapêuticos utilizados em sujeitos com deficiência sensório motora após disfunção vascular encefálica: revisão de literatura. **Revista Univap**, v. 18, n.3, p.22-31, 2012.

MENDONÇA, F.F.; GARANHANI, M.L.; MARTINS, V.L. Cuidador Familiar de Sequelados de Acidente Vascular Cerebral: Significado e Implicações. **Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p. 143-158, 2008.

MENEZES, J. N. R. Repercussões psicossociais do acidente vascular cerebral no contexto da família de baixa renda. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza**, v. 23, n. 4, p. 343-348, 2010.

NASCIMENTO, L.C; MORAES, E.R; SILVA, J.; VELOSO LC; VALE A.R.M.C. Cuidador de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p.514-517, 2008.

NUNES, S.; PEREIRA, C.; SILVA, M.G. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. **Revista Neurociências**, v. 1, n. 3, p.3-20, 2008.

OLIVEIRA, A.R.S.; COSTA, A.G.S.; SOUZA V.E.C, et al. Escalas para avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 5, p.839-843, 2012.

PAIVA, A.C.J.P.; VILA, V.S.C.V.; ALMY, L.M.D.; SILVA, J.K. A experiência vivenciada por pessoas que sobreviveram ao AVC e seus cuidadores familiares. **Atas CIAIQ**, v.1, p.181-186, 2015.

PAIXÃO, T.C; SILVA, L.D. Las incapacidades físicas de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Acciones de Enfermería. **Enfermería Global**, n.19, 2005.

PAOLUCCI, S.; ANTONUCCI, G.; GRASSO, M.G.; BRAGONI, M; COIRO, P. Functional outcome of ischemic and hemorrhagic stroke patients after inpatient rehabilitation. **Stroke**, v.34, n.12, p.2861-5, 2003.

PEREIRA, R.A; SANTOS, E.B; FHON, J.R.S, MARQUES, R.A; RODRIGUES, R.A.P. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v.47, n. 1, 2013.

PERLIN, N.M.O.G. **Cuidar de pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

PETRONILHO, F. A. S. Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. **Sinais Vitais**, n. 52, p.35-43, 2009.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE. Governo do Estado de Goiás 2013. Disponível em:

www.sgc.goias.gov.br. Acesso em: 05 de março de 2017.

POMPEU, S.M.A.A.; POMPEU, J.E.; ROSA, M.; SILVA, M.R. Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v.19, n.4, p. 614-20, 2011.

RANGEL, E.S.S.; BELASCO, A.G.S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com AVC em reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n.2, p.205-212, 2013.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.H.; JUCÁ, S.S.; SAKAMOTO, H.; POTIGUARA, P.; PINTO, N.; BATTISTELA, L.R. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta fisiátrica**, v.11, n.2, p.72-6, 2004.

RITTMAN, M.; BOYLSTEIN, C.; HINOJOSA, R.; HINOJOSA, M.S.; HAUN, J. Transition Experiences of Stroke Survivors Following Discharge Home. **Top Stroke Rehabil**, v.14, n.2, p. 21-3, 2007.

RODRIGUES, R.A.P.R.; MARQUES, S.; KUSOMOTA, L.; SANTOS, E.B.; FHON J.R.S.; WEHBE, S.C.C.F. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n.9, p. 1-9, 2013.

SANTOS, N.M. F; TAVARES, D.M. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n.4, p.960-6, 2012.

SEQUEIRA, C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**, v. 12, n. 2, p. 9-16, 2010.

SHEPERS, V.P.M.; KETELAAR, M.; MVISSER-MEILY, A.J.M.; Groot, V.; TWISK, J.W.R.; LINDEMAN, E. Functional Recovery Differs Between Ischaemic And Haemorrhagic Stroke Patients. **J Rehabil Med**, v. 40, p. 487-489, 2008.

SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. Transitions: a central concept in nursing. **Image J Nurs Ash**, v. 26, n. 2, p.119-27, 1994.

SILVA, R.C.A.; MONTEIRO, G.L.; SANTOS, A.G. O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de AVC, **Revista de Atenção à saúde**, v.13, p.45, 2015.

SIT, J.; WONG, T.K.S.; CLINTON, M.; LI, L.S.W.; FONG, Y. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. **Journal Clinical Nurse**, v.13, n.8, p. 816-24, 2004.

SOUZA, N.R.; OLIVEIRA, A.A.; OLIVEIRA, M.M.L.;SANTOS, C.V.S, SILVA A.C.C; VILELA, A.B.A. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. **Revista Saúde**, v. 1, n. 1, p.51-59, 2005.

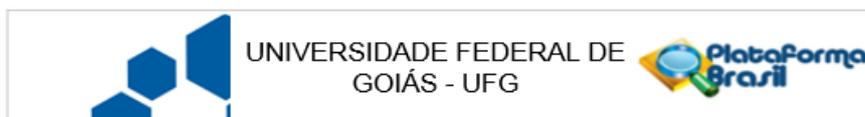
THOM, T.; HAASE, N.; ROSAMOND W.; HOWARD, V.J.; FAHA, J.R. et al. Heart disease and stroke statistics: update; a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, v.113, p.85-151, 2006.

TOOTH, L.; MCKENNA, K.; BARNETTI, A.; PRESCOTT, C.; Muphy, S. Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. **Brain Injury**, v.19, n.12, p.963-974, 2005.

8. ANEXOS

Anexo A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evolução da capacidade funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: implicações na sobrecarga dos cuidadores familiares

Pesquisador: Francine Aguilera Rodrigues da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49591915.5.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.291.099

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás. Por provocar sequelas e limitações relevantes nos pacientes sobreviventes, o AVC é a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental. A população sobrevivente representa aproximadamente 50%. Orientações e assistência são necessárias para que estes pacientes consigam se adaptar ao novo estilo de vida imposto pela doença. Após a alta hospitalar, 80% dos sobreviventes do AVC retornam à comunidade. Entretanto, continuam requerendo cuidados especiais que, baseado na cultura brasileira e nas condições socioeconômicas da população, geralmente são fornecidos pela família. Torna-se evidente a necessidade da discussão sobre a correlação entre a evolução da capacidade funcional de pacientes com AVC e a sobrecarga dos cuidadores familiares, para que seja investigado o estado de vulnerabilidade ao qual cuidadores são expostos, e fornecida assistência direcionada que possa minimizar o impacto da dependência funcional dos pacientes com AVC no âmbito familiar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE esta bem escrito com linguagem clara.

Recomendações:

1 Acrescentar campo para rubrica ou (assinatura do primeiro nome) na folha que não contem as assinaturas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa atende a Resolução CNS 466\12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS nº. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 22 de Outubro de 2015

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

ANEXO B

Normas de publicação do artigo 1- Revista Ciências e Saúde Coletiva



Instruções para colaboradores

Orientações para organização de números temáticos

Recomendações para a submissão de artigos

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve

explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos

mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à

criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5.Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6.Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7.Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8.Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9.Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10.Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11.Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12.Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.
Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13.Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14.Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15.Documentos legais
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO C

Normas de publicação do artigo 2

Revista Latino-Americana de Enfermagem



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Exemplos de referências](#)

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo “International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais recentes.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (*peer review*).

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios, publicados em anais de reuniões científicas.

Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de Transferência de Direitos Autorais (presente no Formulário Individual de Declarações) assinada pelos autores. Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial (resumo ou código completo da licença). Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais a Revista Latino-Americana de Enfermagem. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via *on line*, e recebem protocolo numérico de identificação.

Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (*peer review*), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação dos editores científicos que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Submissão

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema *on line* no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão *on line*, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Política de arquivamento dos manuscritos

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Categorias de artigos

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Revisão integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do manuscrito

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A *Introdução* deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A *Conclusão* deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Preparo dos manuscritos

Formulário on line de submissão

- título (conciso em até 15 palavras, porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;

- nome, o endereço de correio, *e-mail*, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o manuscrito;
- também, inserir o nome de todos os autores no *link* inserir autores;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;
- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título;
- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);
- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;
- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
- formulário individual de declarações, preenchido e assinado; Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.

Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.

- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão.

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.

- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡
- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.
- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
- Artigos originais em até 17 páginas. Recomendase que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: *a sociedade está cada vez mais violenta* (sujeito 1).
- Citações *ipsis litteres* usar apenas aspas, na sequência do texto.
- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.
- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem: Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

Modelo de referências

PERIÓDICOS

1 - Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 - Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebocontrolled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologia.* 2008;48(10):74-96. Russian.

5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesityrelated traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for threedimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;22(9):2175-9.

8-Artigo sem indicação de autoria
Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-yearold male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

9- Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. Cad Saúde Pública 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10-Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. Rev Latino-am Enfermagem set/out 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11- Artigo com categoria indicada (revisão, *abstract* etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. J Neurol. 2008;255 Suppl 5:48-56.

Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6 Suppl 1:S3-58.

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Forum. 2008;35 Suppl:7-12.

13- Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211 Pt 23:3764.

14 - Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

15 - Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

16- Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.

17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

23 - Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

24 - Livro padrão

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

27 - Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005.

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 - Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez;

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - *sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas*

38 - Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não – efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS

41 - Matéria de jornal diário

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na *internet*]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na *internet*

Berthelot M. La synthèse chimica. [*internet*]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na *internet* com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [*internet*]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na *internet*

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [*Internet*]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&page=57

National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [*internet*]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: <http://newton.nap.edu/bos/030910078X/html/35.html>

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na *internet*

Agency Facts. Facts 24. Agência Européia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://www.ipecc.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na internet

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. Entropy [internet]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da internet com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. Rev Saúde Pública [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. J Vis [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org//6/9/9/>

53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. Health Serv Res [Internet]. abril 2001 [acesso em:9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089210&blobtype=pdf>

55 - Artigo de periódico da internet com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Rev Latinoam Enfermagem [internet]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16(no. Spe):509-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso
Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da *internet* com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol—life-threatening combination]. *Lakartidningen*. 2008 Oct 1- 7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - Proceedings de conferência na *internet*

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [internet]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na *internet*

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na *internet*

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento – Brasil Relatório Global – 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbete de dicionário na *internet*

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo=Medical&va=cloning>

61 - Tese e Dissertação na *internet* (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um *software* – protótipo [tese na internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Revista Latino-Americana de Enfermagem www.eerp.usp.br/rlae Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSperandio.pdf>

62 - Homepage na *internet*

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na *internet* com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] – [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/>

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [*internet*]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consulta34002030.htm>

64 - Bases de dados na íntegra na *internet*

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [*internet*]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

ANEXO D

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

NÍVEL:

7- Independência completa (em segurança, em tempo normal)

6-Independência modificada (ajuda técnica)

Dependência Modificada

5- Supervisão

4-Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%)

3-Ajuda moderada(indivíduo \geq 50%)

2-Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$)

1-Ajuda total (indivíduo $\geq 10\%$)

CATEGORIAS		Avaliação	Reavaliação
CUIDADOS PESSOAIS			
A-Alimentação			
B-Higiene Pessoal			
C-Banho (lavar o corpo)			
D-Vestir tronco superior			
E-Vestir tronco inferior			
F- Utilização do vaso sanitário			
CONTROLE ESFINCTERIANO			
G-Controle vesical			
H-Controle intestinal			
MOBILIDADE TRANSFERÊNCIAS			
I-Cama / cadeira / cadeira de rodas			
J-Vaso sanitário			
K- Banheira / Chuveiro			
LOCOMOÇÃO			
L- Marcha/ cadeira de rodas			
M-Escadas			
COMUNICAÇÃO			
N-Compreensão			
O-Expressão			
COGNITIVO SOCIAL			
P-Interação social			
Q-Resolução de problemas			
R-Memória			
TOTAL			

ANEXO E

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR

INFORMAL

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do cuidador: _____

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor, indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram com você.

Nas últimas 4 semanas

	Não/ Nunca	Rara Mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5

2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?	1	2	3	4	5
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente	1	2	3	4	5

por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?					
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

*Fonte: Versão Brasileira adaptada por Monteiro (2012) do questionário QASCI de Martins, Ribeiro e Garrett(2003).

ANEXO F

DECLARAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

Ciência & Saúde Coletiva

Preview (CSC-2017-2036)**From:** danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com**To:** francine.fisio@hotmail.com**CC:** francine.fisio@hotmail.com, cejanemp@hotmail.com, maria.malves@gmail.com, celmo1934@gmail.com**Subject:** Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2017-2036**Body:** 11-Aug-2017

Dear Mrs. da Silva:

Your manuscript entitled "BURDEN OF CAREGIVERS AND FUNCTIONAL CAPACITY OF PATIENTS WITH STROKE: SISTEMATIC REVIEW" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2017-2036.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Date Sent: 11-Aug-2017 Close Window

9. APÊNDICES

APÊNDICE A

AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CUIDADORES FAMILIARES

Data da aplicação: / /

1.0. Dados pessoais

Nome do cuidador: _____ Sexo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____

Fone: _____

Estado civil:

() solteiro () casado () viúvo () divorciado () outro

2.0 - Grau de Parentesco: _____

3.0- Escolaridade: () Fundamental () Médio () Superior

4.0- Situação ocupacional: () trabalha () deixou de trabalhar para se tornar cuidador
() dona de casa () aposentado(a)

5.0- Reside com o paciente? () sim () não

6.0- Quantas pessoas moram na casa? _____

7.0-Há revezamento nos cuidados com o paciente? () sim () não

8.0- Se houver revezamento o outro cuidador é pago ? () sim () não

9.0 - Qual a renda mensal da família?

() até 1 salário mínimo () 2 a 5 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos

10- Receberam orientações para os cuidados durante a internação:

() sim () não

APÊNDICE B

AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PACIENTE

Data da aplicação: / / .

1.0. Dados pessoais

Nome do paciente: _____ Sexo: _____ Prontuário _____

Data de nascimento _____/_____/_____ Idade: _____

Endereço: _____

Fone: _____

Estado civil:

() solteiro () casado () viúvo () divorciado () outro

2.0 Dados clínicos

Diagnóstico Clínico: _____

Diagnóstico Funcional: _____

Data da lesão: _____ () anos () meses () dias

3.0 Reabilitação

Reabilitação antes da internação: () sim () não

Tempo da reabilitação: _____

Tipo de reabilitação:

() fisioterapia () fonoterapia () terapia ocupacional () outros _____

4.0 Internação (dados coletados na alta do paciente)

Admissão:

Alta:

Tempo:

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você/Sr./Sra. (ou o/a seu filho/filha) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a), da pesquisa intitulada **“Evolução da capacidade funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: implicações na sobrecarga dos cuidadores familiares”**.

Meu nome é Francine Aguilera Rodrigues da Silva, a pesquisadora responsável e minha área de atuação é a Fisioterapia, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence à pesquisadora responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado(a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail francine.fisio@hotmail.com e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do(s) seguinte(s) contato(s) telefônico(s):(62) 8452-27-85/ (62)3203-33-06. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

A pesquisa com título **“Evolução da capacidade funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: implicações na sobrecarga dos cuidadores familiares”** tem como objetivo correlacionar a evolução da capacidade funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) com a sobrecarga dos cuidadores familiares.

Será realizada a análise de prontuários para coleta de informações sobre as características dos pacientes participantes da pesquisa e informações complementares serão fornecidas, mediante entrevista, pelos participantes do estudo. Os pacientes e seus cuidadores responderão a um questionário para caracterização sociodemográfica, os pacientes responderão um questionário sobre sua independência funcional e seus cuidadores um questionário para avaliação da sobrecarga. Estes questionários serão respondidos em dois

momentos, na primeira semana de internação no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) e após 3 meses dessa primeira avaliação, no domicílio dos pacientes.

Este estudo tem como benefício fortalecer o campo de pesquisa no Estado de Goiás na área da saúde, com foco em uma alteração muito frequente que é o AVC, buscando por meio de evidências científicas correlacionar a evolução da capacidade funcional de pacientes com AVC com a sobrecarga dos cuidadores familiares, visando construir programas e ações de saúde coletiva que ofereçam suporte para que os pacientes e suas famílias/cuidadores fiquem melhor assistidos e menos vulneráveis ao impacto da seqüela neurológica.

Os benefícios desta pesquisa são muito superiores aos possíveis riscos. Os procedimentos realizados na pesquisa são relativamente seguros, por se tratar de aplicação de questionários. Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, sendo que neste estudo a possibilidade de risco se refere ao aspecto psicológico, pois os participantes podem atentar para alterações que anteriormente não tinham sido observadas. Para minimizar a possibilidade de risco psicológico, as entrevistas serão realizadas em local reservado, garantindo a privacidade dos entrevistados e todas as dúvidas serão esclarecidas quando as mesmas forem surgindo.

Caso haja qualquer dano psicológico aos participantes da pesquisa, os mesmos serão encaminhados ao serviço de psicologia do CRER, que dispõe de toda assistência necessária. Este encaminhamento poderá ocorrer em qualquer momento, não só durante a internação, mas também após a alta deste serviço, no domicílio, desde que seja detectado o problema.

Os participantes da pesquisa terão direito à indenização de qualquer dano decorrente da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Não está prevista gratificação financeira aos participantes, decorrente da participação na pesquisa. A pesquisa não trará custos aos participantes, pois inicialmente responderão os questionários no próprio serviço de internação do CRER, e posteriormente os pacientes e seus cuidadores familiares receberão a visita da pesquisadora em seu domicílio, as visitas serão agendadas por telefone conforme a disponibilidade dos participantes, e estes não precisarão se deslocar de sua casa e não terão gastos com transporte.

As despesas da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora, e caso haja eventuais gastos no decorrer do estudo, estes serão de responsabilidade também da pesquisadora, sendo os participantes ressarcidos.

A participação na pesquisa é voluntária. Os participantes são livres para recusar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Por ser voluntário, o

motivo de recusa em participar da mesma não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Todos os procedimentos metodológicos da pesquisa serão esclarecidos pelos pesquisadores antes e durante todo o curso do estudo a todos os participantes, em caso de dúvidas adicionais os participantes poderão procurar também o Comitê de Ética ao qual a pesquisa foi avaliada.

Os dados coletados e todas as informações obtidas na pesquisa serão armazenados por um período de cinco anos em local reservado, sob responsabilidade da pesquisadora do projeto, Prof^ª. Esp. Francine Aguilera Rodrigues da Silva. Após este período, todo o material será incinerado para garantir o sigilo dos resultados da pesquisa.

A pesquisadora tratará a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo. As informações do estudo serão divulgadas somente para fins científicos, sendo seus dados revelados por meios de eventos científicos e Revistas Científicas, em forma de artigo.

Eu, _____,
inscrito(a) sob o RG/CPF/n.º _____ de prontuário/n.º _____,
concordo em participar do estudo intitulado **“Evolução da capacidade funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: implicações na sobrecarga dos cuidadores familiares”**. Informo ter mais de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Autorizo a pesquisadora acessar o prontuário do (a) paciente para a coleta dos dados/informações necessárias para a realização desta pesquisa. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pela pesquisadora responsável Francine Aguilera Rodrigues da Silva, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, __ de _____ de _____.

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso da pesquisadora responsável

Testemunhas em caso de uso da assinatura datiloscópica

