

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Stella Jorge de Oliveira

**QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DOS CUIDADORES FAMILIARES DE
PACIENTES COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Goiânia
2015

Stella Jorge de Oliveira

**QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DOS CUIDADORES FAMILIARES DE
PACIENTES COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde - nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cejane Oliveira Martins Prudente.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro.

Goiânia
2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

Stella Jorge de Oliveira

QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu-em* Atenção à Saúde - nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Aprovada em de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Cejane Oliveira Martins Prudente
Presidente da banca - PUC Goiás.

Prof.^a Dr.^a Tânia Cristina Dias da Silva Hamu
Membro Efetivo, Externo ao Programa - UEG.

Prof.^a Dr.^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás.

Prof.^a Dr.^a Priscilla Valverde de Oliveira Vitorino
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás.

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a meu esposo Luciano, pelo apoio e amor demonstrado em todos os momentos.

Aos meus pais, Maria Eva e Hilton, que sempre valorizaram o conhecimento através dos estudos e me ensinaram através do exemplo.

Aos meus filhos Pedro, Gustavo e Eduardo, amores da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Cejane Martins Prudente, minha orientadora, por sua imensa sabedoria. Sempre me lembrarei de seu profissionalismo e gentileza. Sempre será um exemplo que buscarei seguir.

Às Profa. Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro, minha co-orientadora, por suas imensas contribuições para o desenvolvimento e enriquecimento deste trabalho.

À Direção do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRR) por permitirem a realização desta pesquisa e acreditarem em meu potencial.

Aos cuidadores de pacientes com seqüela de Acidente Vascular Cerebral que aceitaram participar deste estudo, compartilhando sentimentos e experiências.

Aos profissionais do setor de Reabilitação do CRR que sempre se mostraram disponíveis e me auxiliaram em todos os momentos na realização desta pesquisa.

Às alunas Cinthia Conceição de Sousa Falcão, Samara Ferreira de Freitas Nunes e Priscilla, que contribuíram com muita dedicação na coleta de dados desta pesquisa.

A todos os familiares e amigos, que sempre estiveram ao meu lado, torcendo pelo meu sucesso.

A Deus, que sempre esteve à minha frente, me guiando e segurando minhas mãos em todos os momentos.

RESUMO

OLIVEIRA, S.J. **Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral**. 2015. Dissertação de Mestrado- Pontifícia Universidade Católica de Goiás- PUC- Goiás, Goiânia.

Trata-se de uma dissertação composta por dois artigos. No primeiro, que será submetido à revista “Ciência e Saúde Coletiva”, intitulado “Fatores preditores de sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral: revisão integrativa da literatura”, utilizando os descritores “Cuidadores”, “Acidente Vascular Cerebral” e “Sobrecarga”, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, incluindo artigos científicos publicados no período de 2005 a 2015. Fizeram parte da amostra 12 artigos na língua inglesa e dois artigos em português. Os principais fatores preditores de sobrecarga nos cuidadores familiares foram o sexo feminino, o não revezamento do ato de cuidar, a presença de depressão e o grau de dependência funcional do paciente. A falta de preparo técnico, suporte social, emocional e financeiro também se relacionaram com a presença de sobrecarga do cuidador. Ficou evidente a escassez de estudos, principalmente nacionais, que abordem este tema dentro da realidade socioeconômica e cultural brasileira. Neste sentido, em um segundo artigo que será submetido à “Revista Latino-Americana de Enfermagem”, com o título “Qualidade de vida e Sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral”, um estudo do tipo transversal, procurou-se avaliar a qualidade de vida e a sobrecarga de 150 cuidadores familiares de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral. Foram utilizados os seguintes instrumentos: o questionário de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, versão reduzida, em português (WHOQOL-bref) para avaliar a qualidade de vida dos cuidadores, o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) para avaliar a sobrecarga do cuidado, o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para traçar o perfil econômico dos cuidadores, e um questionário para avaliar o perfil sociodemográfico dos mesmos. Os resultados mostraram que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino, com idade média de 46 anos, casados, cônjuges e residiam com os pacientes. A maior parte possuía o ensino fundamental ou médio, tinha carro próprio, realizava a função a mais de 12 meses e não possuía suporte para o revezamento no cuidado. As características que mais contribuíram para a sobrecarga do cuidado e pior qualidade de vida do cuidador foram o tempo de

cuidado superior a 12 meses, a ausência do revezamento no cuidado, a falta de apoio da família e o isolamento social. Ficou evidente que políticas públicas de apoio ao cuidador familiar devem ser elaboradas, principalmente no que se refere às horas diárias de cuidado e revezamento no cuidado, visto que ficou demonstrado que a falta de tempo para cuidar de si próprio e para realizar atividades de lazer expõe os cuidadores a riscos de saúde.

Descritores: Qualidade de Vida; Cuidadores; Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

OLIVEIRA, S.J. **Quality of life and burden of family caregivers of patients with stroke sequel.** 2015. Master's thesis- Pontifícia Universidade Católica de Goiás- PUC- Goiás , Goiânia.

It is a dissertation consists of two articles. The first to be submitted to the journal "Ciência e Saúde Coletiva", entitled "Predictors of burden of family caregivers of patients with stroke sequel: integrative literature review", using the keywords "Caregivers", "Stroke "and" Overload ", an integrative literature review was performed, including scientific articles published between 2005-2015. The sample included 12 articles in English and two articles in Portuguese. The main predictors of burden on family caregivers were female, not relay the act of caring, the presence of depression and the degree of functional dependence of the patient. The lack of technical preparation, social, emotional and financial support also correlated with the presence of caregiver burden. It was evident the lack of studies, mainly national, to address this issue within the Brazilian socio-economic and cultural reality. In this sense, in a second article to be submitted to "Revista Latino-Americana de Enfermagem", entitled "Quality of life and overload of family caregivers of patients with stroke sequel," a cross-sectional study, procurou- to evaluate the quality of life and the burden of 150 family caregivers of patients with stroke sequel. The following instruments were used: the questionnaire for assessing the quality of life of the World Health Organization, smaller version in Portuguese (WHOQOL-BREF) to assess the quality of life of caregivers, the overload Assessment Questionnaire Informal Caregiver (QASCI) to assess the burden of care, the Criterion of economic Classification Brazil (CCEB) to trace the economic profile of caregivers, and a questionnaire to assess the sociodemographic profile of the same. Most caregivers were female, mean age 46, married, spouses and residing with patients. Most had elementary or high school, had car itself, performed the function over 12 months and did not have support for the relay in care. The characteristics that contributed most to the burden of care and poorer quality of life of the caregiver were careful to time more than 12 months, the absence of the relay in the care, lack of family support and social isolation. It was evident that support family caregivers public policy should be developed, especially with regard to the hours of care and relay in care, since it was

shown that the lack of time to care for himself and to perform leisure activities exposes caregivers to health risks.

Keywords: Quality of Life; caregivers; Stroke.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 Artigo 1	Combinação dos descritores, total de títulos e seleção final	27
Quadro 2 Artigo 1	Descrição dos artigos selecionados de acordo com autores, ano, local de publicação, objetivos, métodos, instrumentos de avaliação e resultados	29
Tabela 1 Artigo2	Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos cuidadores informais de pacientes com sequela AVC. Goiânia, GO, Brasil, 2015 (n=150)	45
Tabela 2 Artigo 2	Escore dos domínios do WHOQOL-bref e QASCI dos cuidadores de pacientes com sequela de AVC. Goiânia, GO, Brasil, 2015 (n=150)	47
Tabela 3 Artigo 2	Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-bref, segundo perfil sociodemográfico. Goiânia, GO, Brasil, 2015 (n=150)	48
Tabela 4 Artigo 2	Distribuição dos escores dos domínios do QASCI, segundo perfil sociodemográfico. Goiânia, GO, Brasil, 2015 (n=150)	50
Tabela 5	Correlações entre sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC. Goiânia, GO, Brasil, 2015 (n=150)	54

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	10
2	INTRODUÇÃO	12
3	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo Geral	17
3.2	Objetivos Específicos	17
4	MÉTODO	18
4.1	Método Artigo 1	
4.2	Método Artigo 2	18
4.2.1	Tipo e local de estudo	19
4.2.2	População e amostragem	19
4.2.3	Procedimento de coleta de dados	19
4.2.4	Descrição das variáveis e análise dos dados	22
4.2.5	Aspectos éticos	22
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1	Artigo 1- Fatores preditores de sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico: uma revisão integrativa da literatura	23
5.2	Artigo 2- Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
7	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICES	62
	APÊNDICE A- AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES COM SEQUELA DE AVC	63
	APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
	ANEXOS	69
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR (QASCI)	71
	ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE -	78

VERSÃO REDUZIDA (WHOQOL-BREF)	
ANEXO C- CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (CCEB)	75
ANEXO D - PARECER SUBSTANCIADO DO CEP	78
ANEXO E- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	84
ANEXO F- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM	92

1 APRESENTAÇÃO

A neurologia sempre me despertou grande interesse desde a graduação, o que me levou à especialização nesta área. O convívio diário com os pacientes e seus cuidadores, principalmente quando comecei a trabalhar com atendimento domiciliar, me permitiu a observação de alguns aspectos inerentes ao cuidado.

Percebi trabalhando com pacientes neurológicos, em especial com sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC), que seus cuidadores eram muitas vezes familiares, os quais não optaram por exercer esta função, imposta por diversos fatores. A complexidade das sequelas apresentadas por estes pacientes, a falta de conhecimento técnico e experiência por parte dos familiares que assumem o cuidado, a não remuneração, a falta de apoio dos demais familiares, amigos e do Estado, o ato de cuidar continuamente e o isolamento social foram sempre queixas relatadas por estes cuidadores, que muitas vezes diziam estar sobrecarregados.

Diante disso, surgiram alguns questionamentos que motivaram a realização deste estudo: Quais fatores podem influenciar o surgimento de sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC? Qual é a percepção de qualidade de vida (QV) dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC? Qual o perfil sócio-demográfico destes cuidadores? Existe relação entre as características sociodemográficas e QV dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC? Existe relação entre as características sociodemográficas e a sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC? Existe correlação entre a QV e a sobrecarga dos cuidadores familiares com sequela de AVC?

Estes questionamentos levaram à construção de dois artigos, sendo o primeiro uma revisão integrativa da literatura e o segundo um estudo transversal com abordagem quantitativa. O primeiro artigo intitulado “Fatores preditores de sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral: revisão integrativa da literatura” será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva, e o segundo artigo intitulado “Sobrecarga e Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral” será submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem.

A dissertação foi construída nessa modalidade visto que o tema é muito complexo e sujeito a variações culturais. O artigo 1 analisa a produção científica nacional e internacional que descreve os fatores preditores de sobrecarga nos

cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC. O artigo dois traça o perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC, descreve sua sobrecarga e avalia sua QV. Além disso, relaciona o perfil sociodemográfico destes cuidadores com sua sobrecarga e QV, e verifica a correlação entre a sobrecarga e a QV destes cuidadores.

2 INTRODUÇÃO

O perfil de morbimortalidade mundial vem sofrendo alterações em decorrência do aumento da incidência das doenças crônico incapacitantes. Dentre essas condições, o AVC é a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental (CORDOVA; CESARINO; TOGNOLA, 2007). É a principal causa de mortes registradas no Brasil, com número de vítimas fatais passando de 84.713 em 2000 para 99.726 em 2010 (SUS, 2012).

O AVC é o principal representante das doenças cerebrovasculares, sendo caracterizado por uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo do encéfalo, que pode ser causada tanto por obstrução de uma artéria (AVC isquêmico), quanto por ruptura (AVC hemorrágico). A extensão da lesão, sua localização e a presença de irrigação colateral estão relacionados com os sinais clínicos que estarão presentes no paciente (ROWLAND; MERRIT, 2002).

Dentre as sequelas do AVC, podem estar presentes alterações motoras, sensitivas, cognitivas e de linguagem, sendo a hemiplegia a mais comum. Os pacientes apresentarão dificuldade em realizar suas atividades cotidianas, sejam elas domésticas, profissionais ou sociais. A limitação funcional decorrente da severidade das sequelas incapacita muitos pacientes a realizar atividades cotidianas, e 86% irão depender de um cuidador para a realização de suas atividades de vida diárias (AVD's) (CORDOVA; CESARINO; TOGNOLA, 2007).

O impacto causado pelo AVC atinge não só o paciente, como também toda sua família, visto que ocorre subitamente e provoca danos físicos, psicológicos, econômicos e sociais. Quando um indivíduo acometido por um AVC deixa o hospital e vai para o domicílio, a família precisa rapidamente elaborar estratégias para acolhê-lo da melhor forma possível e garantir seu bem estar.

Neste contexto surge o cuidador, cuja função integra a Classificação Brasileira de Ocupações sob o código 5162. O cuidador é a pessoa da família ou da comunidade que é responsável pelos cuidados a outra pessoa de qualquer idade que esteja em situação de limitação física e ou mental. O cuidador pode ou não ser remunerado por esta atividade, e nem sempre escolhe realizar esta tarefa, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Deve se ressaltar que não fazem parte da rotina do

cuidador técnicas e procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em um estudo transversal de abordagem qualitativa realizado com cuidadores familiares de pacientes com AVC foi esboçado um perfil do cuidador familiar. Foram entrevistados dez cuidadores, e embora apenas três fossem do sexo masculino, dois destes homens foram os que se mostraram mais adaptados ao papel de cuidador, e seus depoimentos foram os que mais demonstraram resignação e afeto pelos pacientes. Houve também predomínio de filhos como cuidadores, seguidos pelos cônjuges, irmãos e pais. Foi observado que no caso de filhos cuidadores, o sentimento de obrigação se confunde com a retribuição de cuidados e com o afeto (FONSECA; PENA, 2008).

Neste estudo, as irmãs também apareceram como cuidadoras. Em um dos casos, a irmã assumiu este papel por morar na mesma casa do paciente. Em outro caso, mesmo a paciente tendo dois filhos, estes não assumiram o cuidado pela falta do componente afetivo. Essa falta de afetividade também se fez presente em um caso onde o paciente foi abandonado pela esposa e filhos após o AVC, e a mãe teve de assumir o cuidado. Observou-se que o fato de assumir os cuidados não é opcional, mas sim imposto pelas circunstâncias. Na maioria das vezes a pessoa assume o cuidado pela indisponibilidade de outros familiares (FONSECA; PENA, 2008).

O ato de cuidar de um paciente dependente traz consigo implicações de ordens físicas, sociais, emocionais e cognitivas que podem causar estresse e sobrecarga (CUPERTINO; ALDWIN; OLIVEIRA, 2006). O conceito de sobrecarga se refere à presença de problemas, dificuldades ou efeitos adversos que afetam significativamente a vida das pessoas que são responsáveis pelo paciente (CASSIS et al., 2008).

Existe um grande número de instrumentos capazes de avaliar a sobrecarga do cuidador informal de pacientes com sequela de AVC. Oliveira et al. (2012) selecionaram 24 instrumentos em seu estudo de revisão sobre este tema. Além destes instrumentos, também foi encontrado na literatura um questionário desenvolvido e validado por Martins, Ribeiro e Garret (2003), denominado Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), que se destacou por avaliar a vida pessoal do cuidador, a satisfação com o papel de

cuidador e com o familiar, a reação às exigências, a sobrecarga emocional relativa ao familiar, o suporte familiar, o suporte financeiro e mecanismos de eficácia e controle, sendo considerado um instrumento capaz de avaliar amplamente a sobrecarga destes cuidadores.

Marques (2005) realizou um estudo em Portugal, no qual avaliou a sobrecarga de 50 cuidadores familiares de pacientes vítimas de AVC, utilizando o QASCI. Este estudo demonstrou que cuidadores mais velhos evidenciavam menor sobrecarga global e, também, menor sobrecarga em termos de implicações na vida pessoal e reações às exigências. Em relação ao sexo, os cuidadores homens evidenciaram menor sobrecarga emocional, menores implicações na vida pessoal, menor sobrecarga financeira e maiores mecanismos de eficácia e controle. Os cuidadores que residem no mesmo domicílio da pessoa dependente evidenciaram menor sobrecarga emocional, menor sobrecarga nas reações a exigências e maior satisfação com o papel de cuidador e com o familiar.

As mudanças nos aspectos físico, funcional, emocional e muitas vezes cognitivo podem causar alterações drásticas na QV dos pacientes e de seus cuidadores. A QV pode ser definida como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1997).

A QV é portanto um conceito subjetivo, que depende do contexto socioeconômico, histórico e cultural no qual os indivíduos estão inseridos. A ausência de um instrumento que avaliasse a QV, com uma perspectiva internacional e transcultural, fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) constituísse um “Grupo de Qualidade de Vida” (Grupo WHOQOL), com o objetivo de desenvolver instrumentos com esta finalidade. Inicialmente foi desenvolvido um instrumento com 100 questões (WHOQOL-100), entretanto a necessidade de que este instrumento fosse mais curto e demandasse menos tempo de aplicação levou este mesmo grupo a desenvolver o WHOQOL bref, com 26 questões (FLECK et al., 2000).

Em uma investigação qualitativa de cuidadores de pacientes adultos com seqüela de AVC, Fonseca, Penna e Soares (2008), entrevistaram 10 cuidadores, sete do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade média de 54 anos. Nenhum cuidador relatou receber qualquer tipo de apoio ou atenção domiciliar em saúde. Entre os entrevistados, duas cuidadoras demonstraram sinais de exaustão

emocional, denotando uma sobrecarga psíquica e completa insatisfação com suas funções de cuidar. Essas cuidadoras foram também as que relataram a falta de reconhecimento por parte dos pacientes acerca de todo seu trabalho e dedicação.

Entre os entrevistados também surgiu o sentimento de solidão, tanto pelo isolamento social imposto pela atividade de cuidar, quanto pelas alterações comportamentais do paciente. Alguns entrevistados também relataram sentimentos como irritação e nervosismo. Em meio a tantos sentimentos negativos, sentimentos positivos também foram relatados. Um dos entrevistados revelou que se tornar cuidador foi uma oportunidade de desenvolver competências e desenvolver qualidades, considerando o cuidado como uma forma de crescimento pessoal (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008).

Neste mesmo estudo, todos os participantes relataram pelo menos uma alteração na saúde física como consequência da demanda de cuidados. Alterações do sono foram relatadas por cinco entrevistados. Todos os participantes relataram alteração na sua vida social, exceto uma cuidadora que relatou que continuava frequentando os mesmos lugares, mas levando consigo o paciente, visto que isso não causava a ela nenhum desconforto. É importante ressaltar que existe uma forte relação entre os sentimentos do cuidador e do paciente, tanto o cuidador influenciando no estado emocional do paciente, quanto o paciente influenciando na QV do cuidador (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008).

Mas o ato de cuidar não apresenta somente aspectos negativos, visto que o cuidador pode se sentir bem em realizar esta tarefa (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003). Um estudo com amostra de 345 cuidadores de idosos com idade entre 64 e 88 anos demonstrou que a maioria dos cuidadores perceberam benefícios na tarefa de cuidar. Os itens apontados com maior frequência foram: sentir-se necessário (91%), sentir-se bem com eles mesmos (83%), e sentir-se valorizado (83%). Os cuidadores também responderam que se sentem úteis (78%), fortes e confiantes (71%) e que também eram capazes de apreciar melhor a vida (77%) (CUPERTINO; ALDWIN; OLIVEIRA, 2006).

O suporte aos cuidadores familiares representa um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Por vários motivos, entre eles a redução dos custos com assistência hospitalar institucional, a tendência é indicar a permanência destes pacientes em casa, sob os cuidados de suas famílias. Esta atitude gera muitas críticas em relação às propostas de serviços de atenção médico domiciliar, visto que

nem todas as famílias se encaixam em um modelo estável, e também porque nem todas as famílias contam com algum membro que possa cuidar do paciente (KARSH, 2003).

Neste contexto, é possível entender a importância em se pesquisar os cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC, e quais são os fatores determinantes mais relevantes na sobrecarga e na QV destes cuidadores, para que propostas de apoio possam ser elaboradas, afim de que os conceitos de saúde e cuidados domiciliares possam ser abordados na prática de maneira efetiva, melhorando assim as condições físicas, psíquicas, sociais e afetivas tanto dos cuidadores quanto dos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar a sobrecarga e a QV dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar a produção científica nacional e internacional que descreve os fatores preditores de sobrecarga nos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC;
- Traçar o perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC;
- Descrever a sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC, referente à vida pessoal, satisfação com o papel de cuidador e com o familiar, sobrecarga emocional relativa ao familiar, reação às exigências, suporte familiar, suporte financeiro e mecanismos de eficácia e controle;
- Relacionar as variáveis do perfil sociodemográfico dos cuidadores, tempo de lesão e reabilitação dos pacientes e a sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC;
- Avaliar a QV dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC referente ao estado físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente;
- Relacionar o perfil sociodemográfico dos cuidadores, tempo de lesão e reabilitação dos pacientes e a QV dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC;
- Verificar a correlação entre a QV e a sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC.

4 MÉTODO

Esta dissertação foi construída na modalidade artigo científico e consta de dois artigos. Pelo fato das metodologias serem diferentes, optou-se por descrevê-las separadamente para melhor compreensão de todo o processo.

4.1 Método Artigo 1

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de janeiro a maio de 2015, e foram selecionados estudos publicados no período entre 2005 a 2015. No site da BVS foram consultados os descritores em ciências da saúde (DeCS). Na busca foram utilizados os descritores “cuidadores” e “acidente vascular cerebral” nos idiomas português e inglês. No Quadro 1 encontram-se as bases de dados, a combinação de descritores, o total de títulos e a seleção final.

Quadro 1. Combinação dos descritores, total de títulos e seleção final.

Base de dados	Descritores	Total de títulos	Seleção final
BVS	[Caregivers] AND [Stroke]	1.391	12
	[Cuidadores] AND [acidente vascular cerebral]	849	02

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão de seleção dos artigos utilizados para a elaboração deste trabalho. Como critérios de inclusão foram considerados: [1] pesquisas que investigaram fatores que geram sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC; [2] artigos publicados de 2004 a 2015; [3] artigos em português e inglês e [4] artigos que se referissem à sobrecarga de cuidadores no resumo. Foram excluídos: [1] artigos repetidos na busca; [2] artigos de pesquisa com abordagem qualitativa; [3] artigos de revisão bibliográfica.

Os trabalhos com abordagem metodológica qualitativa foram excluídos pelo fato de que o objetivo deste presente estudo é relacionar variáveis para a explicação de um fenômeno, no caso a sobrecarga proporcionada pelo cuidado. Dessa forma, foi necessário a avaliação de dados métricos, o que não é observado em pesquisas qualitativas.

Houve um corte temporal referente aos últimos dez anos para a seleção dos artigos. Esta delimitação permitiu que fossem analisados apenas fatores relacionados a um espaço de tempo condizente com a realidade atual.

No site da BVS foram encontrados 849 títulos em português e 1391 em inglês. Posteriormente, houve uma seleção por meio dos resumos, identificando a presença do assunto sobrecarga de cuidadores nos mesmos. Após esta seleção, foram encontrados dois títulos em português e 27 em inglês. Refinando ainda mais a busca, foram excluídos artigos repetidos nas bases de dados, artigos de abordagem metodológica qualitativa e artigos de revisão da literatura, finalizando dois artigos em português e 12 artigos em inglês.

4.2 Método Artigo 2

4.2.1 Tipo e local do estudo

Estudo transversal analítico. A coleta foi realizada em um Centro de Reabilitação na cidade de Goiânia, no período de setembro a dezembro de 2014.

4.2.2 Amostragem

O estudo obteve amostra de conveniência composta por 150 cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC. Todos os cuidadores da amostra estavam em tratamento em um Centro de Reabilitação de Goiânia no período de setembro a dezembro de 2014. Participaram do estudo os indivíduos que se encaixaram nos seguintes critérios de inclusão: [1] cuidadores de pacientes adultos com sequela de AVC em reabilitação; [2] cuidadores familiares; [3] cuidadores desempenhando seus papéis no período mínimo de quatro semanas.

Foram adotados como critérios de exclusão: [1] cuidadores de pacientes com doença neurológica progressiva, com lesão em nervos periféricos ou com comorbidades, e [2] cuidadores profissionais.

4.2.3 Procedimento de coleta de dados

Foram utilizados na coleta de dados do presente estudo o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) para a avaliação da

sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com sequela de AVC (ANEXO A), e o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para a avaliação da QV destes mesmos cuidadores (ANEXO B). Para traçar o perfil econômico dos participantes, foi aplicado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ANEXO C), e para traçar o perfil sociodemográfico foi aplicado um questionário elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A).

O QASCI é um instrumento desenvolvido com o objetivo de avaliar as consequências físicas, sociais e psicológicas de indivíduos que cuidam informalmente de pessoas que apresentam dependência funcional. Foi desenvolvido a partir da identificação de fatores que fossem capazes de gerar situações de estresse físico, psicológico e social de cuidadores de pacientes com sequela de AVC. O QASCI é composto por 32 ítems avaliados em escala ordinal de frequência de um a cinco. Apresenta 11 ítems relacionados à vida pessoal do cuidador, cinco ítems sobre a satisfação com o papel de cuidador e satisfação com o familiar, cinco ítems relacionados com a reação às exigências, cinco ítems avaliando a sobrecarga emocional relativa ao familiar, dois ítems sobre suporte familiar, dois ítems relacionados ao suporte financeiro e dois ítems sobre mecanismos de eficácia e controle (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003).

Neste instrumento, as subescalas satisfação com o papel e com o familiar, suporte familiar e percepção de mecanismos de eficácia e de controle são consideradas forças positivas, assim, as pontuações obtidas nos ítems destas subescalas são invertidas para que valores mais altos correspondam a situações com maior peso ou sobrecarga. Para que as pontuações finais de cada subescala apresentem valores homogêneos e comparáveis é aplicado uma fórmula. Os ítems de cada dimensão são somados e a esse valor é subtraído o valor mínimo possível da subescala; este resultado é posteriormente dividido pela diferença entre o valor máximo e o valor mínimo possível na subescala, e seguidamente multiplicado por 100, para que a leitura possa ser efetuada em percentagem. (Martins et al., 2004).

O WHOQOL-bref é um instrumento de avaliação da QV de pacientes adultos que foi desenvolvido como uma versão reduzida do WHOQOL-100. É constituído de 26 perguntas, sendo que a primeira e a segunda são sobre QV geral seguindo uma escala de LIKERT. Fora essas duas questões, o instrumento tem 24 facetas, as quais compõem quatro domínios, sendo eles físico, psicológico, relações

sociais e meio ambiente. No domínio físico são avaliados dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. No domínio psicológico são avaliados o pensar, aprender, a memória e concentração, a autoestima, a imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais. No domínio relações sociais são avaliadas as relações pessoais, o suporte (apoio) social e atividade sexual. No domínio meio ambiente são avaliadas a segurança física e proteção, o ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico e transporte (SKEVINGTON; LOTFY; O'CONNEL, 2004).

Cada domínio do WHOQOL- bref é composto por questões, sendo que a pontuação das respostas varia de um a cinco. Os escores finais de cada domínio serão calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais em uma escala de 4 a 20, que podem ser transformados em escala de zero a 100 (SKEVINGTON; LOTFY; O'CONNEL, 2004).

O CCEB é um instrumento que avalia a segmentação econômica. Utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

O questionário para avaliação do perfil sociodemográfico dos participantes foi construído pela pesquisadora e conta com itens que identificam a idade, o sexo, se este cuidador reside ou não com o paciente, o grau de escolaridade, o estado civil, a religiosidade, a renda familiar, o tempo em que exerce o cuidado, o revezamento no cuidado, meio de transporte, grau de parentesco do cuidador com o paciente, tempo de lesão e de reabilitação do paciente.

Primeiramente os cuidadores foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo, a partir de informações fornecidas pelos profissionais ligados à reabilitação da Instituição. Os cuidadores responderam, mediante entrevista, individualmente e em local reservado, a ficha de perfil

sociodemográfico, o questionário QASCI, o WHOQOL-bref e o questionário CCEB. Para facilitar a compreensão dos instrumentos pelos participantes, o avaliador se colocou ao lado do cuidador, para que os instrumentos fossem visualizados. Todas as avaliações foram realizadas seguindo a disponibilidade de horário dos cuidadores, sem atrapalhar a rotina dos atendimentos da Instituição.

4.2.4 Descrição das variáveis e análise dos dados

Os dados foram registrados em planilha eletrônica Microsoft *Excel*, e analisados com aplicação do programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 da IBM. As variáveis quantitativas de acordo com os instrumentos utilizados nesse trabalho (QASCI e WHOQOL) foram apresentadas inicialmente na forma de estatísticas descritivas (média, desvio padrão, máximo, mínimo); e as variáveis qualitativas relacionadas aos dados socioeconômicos e sociodemográficos foram apresentadas em frequência e em porcentagens.

Para análise da distribuição das variáveis quantitativas foi usado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. As variáveis paramétricas foram analisadas com a aplicação do teste análise da variância (ANOVA), e as variáveis que não apresentavam distribuição normal foram analisadas com a aplicação do teste Kruskal-Wallis.

Os dados sociodemográficos foram ainda agrupados e foram realizadas múltiplas ANOVAs ou Kruskal-Wallis, utilizando as variáveis quantitativas de cada componente dos questionários QASCI e WHOQOL.

Foi realizada análise de correlação entre cada componente dos instrumentos QASCI e WHOQOL, para descrever a força e a direção da relação entre as variáveis. Para isso utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (r), Em todas as situações foram adotados um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

4.2.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC- Goiás e aprovado sob o CAAE nº 14320813.7.0000.0037, em dezembro de 2013 (ANEXO

D). A pesquisa seguiu todas as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em forma de artigos, sendo que o artigo 1 será submetido à “Revista Ciência & Saúde Coletiva” e o artigo 2 à “Revista Latino-Americana de Enfermagem”.

5.1 ARTIGO 1

Fatores preditores de sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral: revisão integrativa da literatura.

Predictors of burden in Caregivers of patients with sequel of Stroke: integrative review of literature.

Resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morbimortalidade no mundo. É um evento súbito, que gera sequelas permanentes, deixando seus sobreviventes muitas vezes sob os cuidados de um membro da família. Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar a produção científica nacional e internacional que descrevesse os fatores capazes de gerar sobrecarga nos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada junto às bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, com os descritores cuidadores e acidente vascular cerebral. Foram utilizados artigos científicos publicados entre 2004 a 2015. Fizeram parte da amostra 12 artigos na língua inglesa e dois artigos em português. Os maiores fatores preditores de sobrecarga nos cuidadores familiares foram o sexo feminino, o não revezamento do ato de cuidar, a presença de depressão e o grau de dependência funcional do paciente. Foi também observado que os cuidadores não apresentam preparo técnico, suporte social, emocional ou financeiro, o que pode gerar dificuldade no cuidado. Os cuidadores familiares estão em risco de adoecimento físico e psicológico devido à alta carga de trabalho e tempo dispendido

ao cuidado. O pouco tempo dispensado a si mesmo, a falta de apoio dos demais familiares e o grau de dependência acentuado desses pacientes tornam o cuidado estressante e geram sobrecarga no cuidador. Ficou evidente a necessidade de novos estudos, principalmente nacionais, que abordem este tema e evidenciem a relevância do mesmo para a prática clínica.

Descritores: Cuidadores; Acidente Vascular Cerebral, Sobrecarga

Abstract

The stroke is one of the major causes of morbidity and mortality worldwide. It is a sudden event that generates permanent sequelae, leaving its survivors often under the care of a family member. Thus, the aim of this study was to analyze the national and international scientific literature to describe the factors that generate burden on family caregivers of stroke patients sequel. It is an integrative literature review. The search was conducted with the databases LILACS, MEDLINE and SciELO, with the descriptors caregivers and stroke. Scientific articles published between 2004 to 2015 were used. The sample included 12 articles in English and two articles in Portuguese. The greatest predictors of overload in family caregivers were female, not relay the act of caring, the presence of depression and the degree of functional dependence of the patient. It was also observed that caregivers do not have technical training, social support, emotional or financial, which may cause difficulty in care. Family caregivers are at risk of physical and psychological illness due to high workload and time spent to care. he recently excused himself, the lack of support from other family members and the degree of sharp dependence of these patients make the stressful care and generate overload caregiver. The need for further studies, especially national, to address this issue and evince its relevance to clinical practice was evident.

Keywords: Caregivers; Stroke, Burden.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é o principal representante das doenças cerebrovasculares, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade no mundo e a principal causa de mortes registradas no Brasil¹⁻². Dentre as sequelas do AVC, podem estar presentes alterações motoras, sensitivas, cognitivas e de linguagem, sendo a hemiplegia a mais comum.

A limitação funcional decorrente da severidade das sequelas impostas por um AVC incapacita muitos pacientes a realizar atividades cotidianas, sendo que 86% destes pacientes irão depender de um cuidador para a realização de suas atividades de vida diária³.

O impacto causado pelo AVC atinge não só o paciente, como também toda sua família, visto que ocorre subitamente e provoca danos físicos, psicológicos, econômicos e sociais que afetam todos que estão relacionados à pessoa afetada. Quando um indivíduo acometido por um AVC deixa o hospital e vai para o domicílio, a família precisa rapidamente elaborar estratégias para acolhê-lo da melhor forma possível e garantir todo o seu bem estar.

Neste contexto surge o cuidador, cuja função integra a Classificação Brasileira de ocupações sob o código 5162. O cuidador é a pessoa da família ou da comunidade que é responsável pelos cuidados a outra pessoa de qualquer idade que esteja em situação de limitação física e ou mental. O cuidador pode ou não ser remunerado por esta atividade, e nem sempre escolhe realizar esta tarefa, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Deve se ressaltar sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem⁴.

O cuidado em domicílio é visto como estressante e exaustivo, pois a função de cuidar normalmente se acumula às outras funções cotidianas de quem cuida, geralmente um dos cônjuges ou filhos, na maioria das vezes do sexo feminino. É um ato contínuo e sem previsão de duração, o que pode levar à sobrecarga física e emocional do cuidador⁵.

O ato de cuidar de um paciente dependente traz consigo implicações de ordens físicas, sociais, emocionais e cognitivas, que podem gerar sobrecarga⁶. O

conceito de sobrecarga se refere à presença de problemas, dificuldades ou efeitos adversos que afetam significativamente a vida das pessoas que são responsáveis pelo paciente⁷.

A sobrecarga pode ser tanto objetiva como subjetiva. Como sobrecarga objetiva podem ser considerados os fatores relacionados com as tarefas e processos de cuidar do indivíduo dependente. Já como sobrecarga subjetiva podem ser considerados fatores relacionados ao próprio cuidador, visto que cada indivíduo reage de forma única aos eventos que ocorrem em sua vida, utilizando de estratégias de enfrentamento desenvolvidas segundo uma série de variáveis sociodemográficas, culturais e pessoais⁸.

Cuidar de uma pessoa diariamente, sem pausa, não é fácil para esse cuidador familiar, que geralmente é uma mulher, com mais de 50 anos, sem apoio, nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem políticas públicas de proteção para o desempenho deste papel⁹. A prestação de cuidados para com o paciente de forma contínua, sem apoio e respaldo de outros familiares, na ausência de amigos e de atividades prazerosas, faz com que o cuidador se sinta uma pessoa solitária e desprovida de atenção¹⁰.

A velocidade da transição demográfica pela qual o Brasil está passando não está sendo acompanhada pelas políticas públicas destinadas aos cuidadores desta população em envelhecimento. Este fato distorce as responsabilidades sobre o paciente dependente, que acabam sendo assumidas por seus familiares como um problema, devido à ausência ou precariedade do suporte do Estado¹¹.

Conhecer a realidade em que o cuidador familiar está inserido, sua rotina de cuidados, e os fatores que geram sua sobrecarga, nos dá parâmetros para que possam se instaurar atividades de intervenção, as quais podem melhorar tanto a qualidade do cuidado, quanto a qualidade de vida do cuidador e, conseqüentemente, do paciente. Sendo assim, a importância em se identificar os fatores que influenciam na sobrecarga destes indivíduos se torna inquestionável, visto que desempenham esta importante atividade ainda pouco amparada do ponto de vista das políticas públicas de saúde e gestão social.

Este artigo teve como objetivo analisar a produção científica nacional e internacional que descrevesse os fatores capazes de gerar sobrecarga nos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este método tem como objetivo reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um tema, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado¹². Possibilita a síntese do conhecimento de determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos¹³.

Esta pesquisa bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram pesquisadas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Índice Bibliográfico de Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Biblioteca Cochrane, e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A busca foi realizada no período de janeiro a abril de 2015, e foram selecionados estudos publicados no período entre 2005 a 2015.

No site da BVS, foram consultados os descritores em ciências da saúde (DeCS). Na busca foram utilizados os descritores “cuidadores” e “acidente vascular cerebral” nos idiomas português e inglês. No Quadro 1 encontram-se as bases de dados, a combinação de descritores, o total de títulos e a seleção final.

Quadro 1. Combinação dos descritores, total de títulos e seleção final.

Base de dados	Descritores	Total de títulos	Seleção final
BVS	[Caregivers] AND [Stroke]	1.391	12
	[Cuidadores] AND [acidente vascular cerebral]	849	02

Foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão de seleção dos artigos utilizados para a elaboração deste trabalho. Como critérios de inclusão foram considerados: a) pesquisas que investigaram fatores que geram sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC; b) artigos publicados de 2005 a 2015; c) artigos em português e inglês; d) artigos que abordassem a sobrecarga dos cuidadores no resumo. Foram excluídos: a) artigos repetidos na busca; b) artigos de pesquisa com abordagem qualitativa; c) artigos de revisão bibliográfica.

Os trabalhos com abordagem metodológica qualitativa foram excluídos pelo fato de que o objetivo deste presente estudo é relacionar variáveis para a

explicação de um fenômeno, no caso a sobrecarga proporcionada pelo cuidado. Dessa forma, foi necessário a avaliação de dados métricos, o que não é observado em pesquisas qualitativas.

Houve um corte temporal referente aos últimos dez anos para a seleção dos artigos. Esta delimitação permite que sejam analisados apenas fatores relacionados a um espaço- tempo condizente com a realidade atual.

No site da BVS foram encontrados 849 títulos em português e 1.391 em inglês. Posteriormente, houve uma seleção por meio dos resumos, identificando a presença do assunto sobrecarga dos cuidadores nos mesmos. Após esta seleção, foram encontrados dois títulos em português, e 27 em inglês. Refinando ainda mais a busca, foram excluídos artigos repetidos nas bases de dados, artigos de abordagem metodológica qualitativa e artigos de revisão da literatura, finalizando dois artigos em português e 12 artigos em inglês.

Resultados

A amostra deste estudo foi composta por 14 artigos, sendo dois publicados em português, e 12 publicados em inglês.

O Quadro 2 apresenta os artigos selecionados de acordo com os autores, ano de publicação do estudo, fonte de publicação, objetivos, metodologia, instrumentos utilizados e principais resultados.

Os estudos analisados foram desenvolvidos em vários países, o que dá uma visão diversificada do cuidado e dos fatores preditores de sobrecarga em diferentes culturas. Dentre artigos selecionados, três estudos foram realizados no Brasil, três nos Estados Unidos da América (EUA), três na Índia, um simultaneamente nos Estados Unidos da América e Coreia, um na Jordânia, um na China, um em Israel e um na Coreia.

Quadro 2. Descrição dos artigos selecionados de acordo com autores, ano, local de publicação, objetivos, métodos, instrumentos de avaliação e resultados.

Autor(es)/ Ano/local	Objetivos	Métodos/ Instrumentos	Resultados
Pereira R, et al. Brasil 2013	Avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos AVC, assim como correlacioná-la com as horas de cuidado, a idade e o nível de independência funcional dos idosos.	Estudo observacional, transversal e descritivo com 62 idosos com AVC e seus cuidadores. -Avaliação do cuidador Variáveis sociodemográficas e econômicas: Idade, sexo, renda familiar, estado civil e escolaridade. Sobrecarga Escala de Zarit. - Avaliação do paciente Variáveis sociodemográficas e econômicas idade, sexo, renda familiar, estado civil e escolaridade. -Avaliação Cognitiva Mini Exame do Estado Mental. -Independência funcional, -Medida da Independência Funcional (MIF).	-A maioria dos cuidadores eram adultos, filhos, casados e do sexo feminino. -Alta pontuação na escala de Zarith, indicando alto índice de sobrecarga. -A MIF apresentou correlação negativa com a sobrecarga do cuidador, porém, não houve correlação com a idade e as horas de cuidado diário. -A sobrecarga da maioria dos cuidadores variou de moderada a severa e está relacionada ao nível de independência funcional dos idosos.
Denno M, et al. 2013 EUA	Examinar a relação entre ansiedade, depressão e sobrecarga do cuidador informal de pacientes de AVC com espasticidade	Estudo observacional, transversal e descritivo realizado com 153 cuidadores de pacientes de AVC. -Avaliação do cuidador Ansiedade e depressão Auto relatadas pelos cuidadores Depressão severa <i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9),</i> Sobrecarga do cuidador <i>Oberst Caregiving Burden Scale (OCBS).</i> <i>Bakas Caregiving Outcomes Scale (BCOS).</i>	-Altos níveis de sobrecarga, dos cuidadores estão relacionados à ansiedade e depressão dos mesmos. -Oferta de tratamento adequado aos pacientes, reduzindo o tempo e a dificuldade do cuidado, provoca redução da ansiedade e da depressão do cuidador.
Kamel A, Bond A, Froelicher E. 2012 Jordânia	Investigar a relação entre as características dos pacientes de AVC e a duração da prestação de cuidado, tempo diário de cuidado, depressão e sobrecarga do cuidador.	Estudo transversal, observacional e descritivo com 116 cuidadores de pacientes de AVC. - Avaliação do cuidador Depressão do cuidador <i>Center of Epidemiologic Studies of Depression.</i> Sobrecarga do cuidador <i>Caregiver Strain Index.</i>	-Cuidadores tiveram alta pontuação para depressão e sobrecarga. -Dependência funcional, dificuldades alimentares, úlceras de pressão, deficiência cognitiva do paciente e depressão do cuidador foram relacionadas com maior sobrecarga. -A duração do papel de cuidador e o tempo de cuidado diário não foram relacionados com depressão e sobrecarga.

Morais H, et al. Brasil 2012	Analisar o impacto do cuidar para o cuidador familiar de paciente AVC, correlacionando modificações de vida e sofrimento psíquico com a sobrecarga percebida.	Estudo observacional, transversal e descritivo, no qual se investigaram 61 cuidadores. -Avaliação do cuidador Sobrecarga percebida <i>Caregiver Burden Scale (CBS).</i> -Estado mental Mini exame do Estado Mental (MEEM). -Sofrimento psíquico. <i>Self Reported Questionnaire (SRQ).</i>	-Os cuidadores, na sua maioria, eram do sexo feminino, casados(as) e filho(as) dos pacientes após AVC. -Modificações de vida mais citadas foram referentes à rotina diária, diminuição das atividades de lazer e esgotamento ou cansaço. -Quanto à sobrecarga, esta foi maior nas dimensões tensão geral, isolamento e decepção. -Quanto maior o sofrimento psíquico, maior a sobrecarga. -A ausência de cuidador secundário acarreta maior sobrecarga e adoecimento.
Raju R, Kaur P, Pandian J. 2012 India.	Avaliar stress, depressão, qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de paciente de AVC.	Estudo transversal no qual participaram 122 cuidadores de pacientes com sequela de AVC. -Avaliação do cuidador Ansiedade e depressão <i>Hospital Anxiety and Depression Scale. (HADS).</i> Qualidade de vida <i>WHOQOL-Bref.</i> Sobrecarga do cuidado <i>Caregiverstrain index modificada (modified CSI).</i>	-Ansiedade foi observada em 47% dos cuidadores, e 43% tinham depressão. -A sobrecarga do cuidador foi observada em 85% dos indivíduos. Na análise de regressão logística multivariada, a ansiedade era o indicador de depressão do cuidador. - Acidente vascular cerebral isquêmico e pior estágio psicológico do paciente também foram preditores de depressão do cuidador.
Das S, et al. India 2010	Abordar a sobrecarga financeira, física, psicológica e familiar em cuidadores de pacientes de AVC em comunidades urbanas.	Estudo transversal, realizado com 199 pacientes e seus cuidadores. -Avaliação do cuidador Sobrecarga <i>BurdenAssessment Schedule (BAS).</i> -Avaliação do paciente Independência funcional <i>Barthel Index.</i> Função cognitiva Versão de Bengali do estado mental. Depressão <i>GeriatricDepressionScale.</i> Performance em AVD's <i>Kolkata cognitiveScreeningBatory.</i>	-Aumento da carga de trabalho, ansiedade relacionada e depressão, e distúrbios do sono foram relatados por 70%, 76% e 43% dos cuidadores respectivamente. A preocupação financeira foi relatada por 80% dos cuidadores, e foi maior entre os moradores de favelas e famílias menos instruídas. -Cuidadores de pacientes com demência e depressão experimentaram maior estresse.
Vincent C, et al. 2009 EUA	Comparar a evolução da sobrecarga de dois grupos de cuidadores de pessoas com AVC recente que voltaram para casa após alta de dois tipos de serviços de cuidados de	Estudo comparativo. Os dois grupos de pessoas com AVC e seus cuidadores foram recrutados de cuidados agudos (n = 69) e instalações de reabilitação (n = 89). Cuidadores preencheram um questionário com três dimensões. Além de características sociodemográficas, foram avaliadas as variáveis relativas	-Os melhores preditores de sobrecarga foram sexo (feminino), ocupação (aposentado), escolaridade (baixa), idade (mais velho) e horas de cuidados prestados. -Sintomas depressivos, déficit motor, déficit da compreensão verbal e dificuldade na marcha se relacionaram com sobrecarga do cuidador.

	saúde.	ao estado clínico, físico e cognitivo das pessoas com AVC.	
Carod F, et al. 2009 Brasil	Identificar os principais determinantes de sobrecarga e percepção do estado de saúde de cuidadores de pacientes de AVC no Brasil.	Estudo transversal com 200 cuidadores e pacientes. -Avaliação do cuidador Ansiedade e depressão <i>Hospital Anxiety Depression Scale (HADS).</i> Sobrecarga <i>Zarit caregiver burden interview (ZCBI).</i> Qualidade de vida <i>EuroQol.</i> -Avaliação dos pacientes Percepção do estado de saúde <i>-NationalInstituteof Health StrokeScale.</i> Independência funcional -Índice de Barthel (BI), -Escala modificada de Rankin- (MRS). Cognição -Mini Exame do Estado Mental Ansiedade e depressão <i>-Hospital Anxiety Depression Scale (HADS).</i>	-A prevalência de transtornos de ansiedade foi significativamente maior nos cuidadores do sexo feminino. -Incapacidade do paciente e as características do cuidador (sexo feminino, depressão) foram preditores de sobrecarga. -Ansiedade e depressão foram os fatores mais consistentes, influenciando no surgimento de sobrecarga e saúde percebida em cuidadores.
Kwon S, et al. 2009 EUA e Coréia	Comparar a percepção de sobrecarga entre cuidadores de pacientes com sequela de AVE isquêmico na Coréia e nos Estados Unidos, e identificar os fatores que levam à sobrecarga do cuidador em duas diferentes culturas.	Estudo transversal com 33 pacientes com sequela de AVC e seus cuidadores nos EUA e 41 na Coréia. -Avaliação do cuidador Sobrecarga do cuidador <i>The Sense of Competence Questionnaire.</i> Suporte social <i>The ENRICHD Social Support Inventory.</i> -Avaliação do cuidador e do paciente Depressão <i>Geriatric Depression Scale (GDS).</i> <i>Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale.</i> -Avaliação do paciente Nível funcional do paciente <i>-NIH stroke scale</i> <i>-Barthel index.</i>	-Os cuidadores coreanos apresentaram maior sobrecarga que os americanos -Os determinantes gerais de sobrecarga do cuidador foram cuidadores e pacientes depressivos e suporte social insuficiente. -A baixa percepção de suporte social entre cuidadores coreanos, pode refletir mudanças na cultura da Coréia, com falta de suporte social fora da família. -Cuidadores americanos foram mais afetados pela falta de tempo para cuidarem de si próprios.
Nir Z, Greenberger C, Bachner Y. 2009 Israel	Delinear o perfil sociodemográfico dos cuidadores primários israelenses de pacientes com AVC; analisar a sobrecarga, saúde física e emocional destes	Estudo longitudinal com 155 cuidadores primários e pacientes com AVC. (Avaliação inicial, 3 e 6 Meses após o AVC). -Avaliação do cuidador Avaliação física e sócio demográfica <i>The NationalIsraelInstituteofInsuran</i>	-Durante um período de seis meses a saúde dos cuidadores permaneceu estável. -Após 3 meses, os níveis de depressão do cuidador diminuíram, assim como a necessidade de apoio dentro e fora de casa. No entanto, a satisfação com o suporte e relações familiares diminuiu, assim como a qualidade de vida.

	cuidadores, a rede de apoio social, e a qualidade de vida nos primeiros seis meses de cuidado.	<p>ceQuestionnaire.</p> <p>Depressão The Short Questionnaire Depression Scale.</p> <p>Suporte social Shuval Social SupportScale.</p> <p>Sobrecarga The Pearlin Burden Scale(modified).</p> <p>Qualidade de vida Short World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument.</p> <p>-Avaliação do paciente</p> <p>Independência funcional -Funcional Independence Measurement (FMI).</p>	<p>-A sobrecarga do cuidador diminuiu no intervalo entre 3 e 6 meses.</p> <p>-Após 6 meses, a percepção de saúde e qualidade de vida melhorou, mas as outras variáveis permaneceram estáveis.</p>
Tang W, et al. 2009 China	Determinar fatores clínicos e sócio demográficos associados à sobrecarga de cuidadores de pacientes de AVC em Hong Kong.	<p>Estudo transversal, realizado com 123 pacientes de AVC e seus cuidadores familiares.</p> <p>-Avaliação do cuidador</p> <p>Sobrecarga CaregiverBurdenScale (CBS).</p> <p>Apoio social Escala Lubben Rede Social (LSNs).</p> <p>Presença de efeitos adversos do cuidar nos últimos 6 meses -Escala Evento Vida (mleS).</p> <p>-Avaliação do cuidador e do paciente</p> <p>Condições físicas e psicológicas Escala cumulativa de Doença Rating (CIRS). Escala de Depressão Geriátrica (GDS).</p> <p>Ansiedade e depressão Hospital AnxietyandDepressionScale (HADS).</p> <p>-Avaliação do paciente</p> <p>Independência funcional Índice de Barthel. Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).</p> <p>Cognição Mini Exame do Estado Mental.</p>	<p>- A depressão é referida por 41% a 50% dos cuidadores, e está associada com presença de problemas comportamentais e psicológicas dos pacientes, gravidade do AVC, e idade mais avançada.</p> <p>-A gravidade dos sintomas depressivos dos cuidadores, características demográficas e condição física estão significativamente relacionadas com sua sobrecarga.</p> <p>-Cuidadores com ensino superior apresentam uma melhor compreensão do AVC e suas consequências múltiplas, resultando em melhores estratégias de enfrentamento.</p> <p>- Auto avaliação de saúde negativa dos cuidadores contribui significativamente para a gravidade dos seus sintomas depressivos e aumento da sobrecarga.</p>
McCullagh E, et al. 2005 EUA	Identificar determinantes de sobrecarga do cuidador informal de pacientes com AVC	<p>Estudo randomizado, prospectivo. Foram realizadas avaliações com 3 meses e 1 ano após o AVCcom 232 pacientes e seus cuidadores.</p> <p>-Avaliação do cuidador</p> <p>Sobrecarga Caregiver Burden Scale (CBS).</p> <p>Qualidade de vida Euroqol VAS Scales.</p> <p>Ansiedade e depressão Depression Scale (HADS). EQ-5D/VAS.</p>	<p>-Idade média dos cuidadores de 65,7 anos.</p> <p>-64% dos cuidadores são do sexo feminino.</p> <p>-Estado emocional do paciente e do cuidador, idade, sexo e treinamento foram determinantes independentes de sobrecarga em 3 meses.</p> <p>-Dependência funcional do paciente e suporte familiar foram determinantes independentes de sobrecarga em 1 ano.</p>

		-Avaliação do paciente Independência funcional <i>Barthel Index.</i> Ansiedade e depressão <i>Hospital Anxiety Depression Scale (HADS).</i> - EQ-5D/VAS.	-O treinamento do cuidador pode diminuir o risco de sobrecarga.
Choi-Kwon S, et al. 2005 Coréia	Elucidar fatores relacionados com a sobrecarga em cuidadores de pacientes com AVC em Seul, na Coréia.	Estudo observacional transversal com 147 cuidadores e pacientes de AVC. -Avaliação do paciente Dados demográficos, sintomas neurológicos, depressão, estado emocional e independência funcional através da <i>Modified Ranking Scale (MRS)</i> . -Avaliação do cuidador Dados demográficos, horas de cuidado por dia, relação com o paciente, estado de saúde, ansiedade e depressão e a presença de cuidadores auxiliares.	-As características dos pacientes relacionadas à sobrecarga foram: desemprego, diabetes mellitus, afasia, disartria, disfagia, alterações cognitivas, maior grau de dependência funcional, problemas emocionais e depressão. - As características do cuidador relacionadas à maior índice de sobrecarga foram: sexo feminino, desemprego, ser nora do paciente, ansiedade, depressão e cuidar por longos períodos.

O ano de maior publicação dentro dos limites metodológicos propostos por esta pesquisa foi o ano de 2009, com cinco artigos publicados. No ano de 2012 foram publicados quatro artigos, seguido por três publicações em 2013, duas publicações em 2005, e uma publicação em 2010.

Nove dos artigos selecionados avaliaram os pacientes com sequela de AVC e seus cuidadores, e cinco artigos avaliaram apenas os cuidadores. A menor amostra foi composta por 33 pacientes e seus cuidadores, e a maior amostra foi composta por 239 pacientes e seus cuidadores¹⁴⁻¹⁵.

Os objetivos dos estudos propostos tiveram como ponto comum a avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais dos pacientes com sequela de AVC. Alguns dos artigos selecionados tiveram como objetivo correlacionar a sobrecarga dos cuidadores a fatores relacionados ao próprio ato de cuidar, como horas diárias dispendidas com o cuidado e a quanto tempo o cuidador vem realizando esta função¹⁶⁻¹⁷. Relacionar a sobrecarga do cuidador às características dos pacientes, como idade e nível de independência funcional, também foram objetivos de alguns estudos^{16,18}. Os aspectos do cuidador como ansiedade, depressão, auto percepção do estado de saúde, fatores sociodemográficos e qualidade de vida também foram correlacionados à sobrecarga^{17,21,22}.

Discussão

O instrumento mais utilizado para a avaliação da sobrecarga foi a *Caregiver Burden Scale (CSB)*, utilizado em três estudos. A escala de Zarith, a *Oberst Caregiving Burden Scale (OCBS)*, e a *Caregiver Strain Index (CSI)* foram utilizadas em dois estudos. *The Sense of Competence Questionnaire*, *Bakas Caregiving Outcomes Scale (BCOS)*, *Burden Assessment Schedule (BAS)*, *The Pearlin Burden Scale (modified)* e a *Caregiver Strain Index Modificada (modified CSI)* foram utilizadas em um artigo.

Quanto ao desenho metodológico, doze dos artigos selecionados são estudos transversais, e dois são longitudinais. A maioria dos cuidadores em todos os estudos é do sexo feminino, variando este percentual entre 70,6% a 93,4%^{19,24}. O sexo feminino é apontado em alguns estudos como sendo preditor de sobrecarga dos cuidadores, porém deve ser considerado que as mulheres são maioria absoluta nesta prestação de cuidados, por vários motivos, sejam eles históricos, culturais e/ou sociais^{15,16,21,23,25,26}. Portanto, pode se concluir que estas cuidadoras estão em contato direto com fatores predisponentes de sobrecarga muito mais que cuidadores do sexo masculino, sendo mais vulneráveis a desenvolver sobrecarga relativa ao cuidado.

Quanto ao grau de parentesco entre os pacientes e os cuidadores, foi observado que a maioria dos cuidadores são filhos, filhas e cônjuges. O percentual de cônjuges cuidadores variou entre 70% e 12,1%^{17,20}. O fato de que as mulheres perfazem a maioria dos cuidadores foi mais uma vez demonstrado, visto que o percentual de esposas cuidadoras é maior que o de maridos cuidadores, sendo este percentual de 30% contra 4% respectivamente²⁵.

Um aspecto importante observado foi a correlação entre a sobrecarga e o fato das cuidadoras serem noras dos pacientes. Observando o número de noras e genros cuidadores, percebe-se um elevado índice, o qual variou entre 4,9% a 25,2% dos cuidadores familiares^{18,24}. As noras, por serem do sexo feminino, se apresentam nos estudos em maior número que os genros cuidadores, chegando estes números a 17% e 19% de todos os cuidadores familiares de pacientes com AVC^{20,25}.

Estes percentuais de noras cuidadoras são bastante elevados, principalmente quando comparados aos percentuais de filhas e filhos cuidadores. Em dois estudos estes percentuais chegam mesmo a se igualar. No primeiro estudo o percentual foi de 25,2% de filhos e filhas cuidadoras, e 25,5% de genros e noras

cuidadoras¹⁸. No outro estudo, foi encontrado 19% de filhas e 19% de noras cuidadoras²⁵. Uma pesquisa realizada na Índia chegou a demonstrar um percentual de noras cuidadoras de 17% contra 7% de filhas, e 4% de filhos cuidadores²⁰.

As horas dispendidas no cuidado do paciente são também relatadas como fator de sobrecarga em alguns artigos^{16,23,25,26}. Cuidar do paciente demanda muito tempo, e este cuidado não tem previsão de duração. As sequelas do AVC são crônicas, e este paciente pode precisar de um cuidador para o resto de sua vida. Porém, em dois artigos não houve correlação entre sobrecarga e horas de cuidado, e em um estudo, não houve correlação entre a duração do papel de cuidador e a sobrecarga¹⁶⁻¹⁷.

Cuidar do paciente nem sempre é compatível com a manutenção de um trabalho extra, portanto, como os cuidadores familiares não são remunerados por esta função, muitas vezes se veem em dificuldades financeiras, passando também a uma situação de dependência de outras pessoas. Isso pode acarretar sobrecarga psíquica e social grave. Importantes índices de desemprego foram notados entre os cuidadores, chegando a 67% na Índia, 82% no Brasil e 86,2% em um estudo realizado nos EUA^{17,20,24}.

O fato do cuidador estar aposentado foi mencionado como preditor de sobrecarga em um estudo.²³ Foram encontrados percentuais de cuidadores aposentados que variaram entre 4% e 19,6% nos artigos selecionados^{19,25}.

A maioria dos cuidadores são casados. Este índice variou entre 53% a 67,7% nos estudos analisados^{16,27}. Este pode ser um aspecto positivo, visto que o cônjuge pode facilitar e apoiar as atividades desenvolvidas pelos cuidadores, mas pode também ser um aspecto negativo, visto que pode gerar sobrecarga pelo acúmulo de papéis de quem cuida¹⁶.

A escolaridade do cuidador é um ponto muito importante a ser observado e discutido, visto que é ele a pessoa responsável por receber da equipe de saúde todas as orientações referentes ao cuidado do paciente. Os índices de escolaridade variaram, muitas vezes por diferenças regionais e culturais. Os índices de analfabetismo dos cuidadores chegaram a 44% em um estudo desenvolvido na Índia, 14,7% em um estudo jordaniano, e 1,6% em um estudo brasileiro^{16,17,25}. Um estudo realizado com cuidadores chineses mostra que cuidadores com ensino superior apresentam uma melhor compreensão da incapacidade relacionada ao

AVC e suas consequências múltiplas, resultando em melhores estratégias de enfrentamento²².

Foram também correlacionados com a sobrecarga do cuidador algumas variáveis dos pacientes, como a idade, o nível de independência funcional, déficit da compreensão verbal e dificuldade na marcha^{16,21,23}. Quanto mais idoso, debilitado e dependente funcionalmente é o paciente, maior sobrecarga pode ser gerada no cuidador.

Problemas comportamentais do paciente também são preditores de sobrecarga. Pacientes agressivos, depressivos ou mesmo que não retribuem ao cuidador com gratidão podem causar no cuidador sentimentos negativos^{15,23,26}. Diabetes mellitus, afasia, disartria, disfagia, alterações cognitivas, emocionais e depressão do paciente também foram considerados como fatores preditores de sobrecarga, visto que também são aspectos que tornam estes pacientes mais necessitados de cuidados específicos²⁶.

A ausência de um cuidador secundário, que reveze com o cuidador principal, faz com que exista uma sobrecarga no tempo de cuidado prestado, o que pode gerar um processo maléfico à saúde deste cuidador. Suporte social insuficiente e auto avaliação de saúde negativa por parte do cuidador também são aspectos importantes capazes de gerar sobrecarga^{3,24}.

As modificações de vida mais relacionadas pelos cuidadores com a sobrecarga foram referentes à rotina diária, às atividades de lazer, esgotamento ou cansaço, tensão geral e isolamento. Verificou-se relação direta entre sobrecarga e sintomas de sofrimento psíquico de quem exerce o cuidado. Um estudo chinês demonstrou que a depressão é referida por 41% a 50% dos cuidadores, e está associada com anomalias comportamentais e psicológicas dos pacientes^{22,24}.

Estes resultados são confirmados por outro estudo, o qual mostra que a ansiedade foi observada em 47% dos cuidadores, e 43% tinham depressão²⁰. Outro artigo também demonstrou que cuidadores e pacientes serem depressivos, são aspectos geradores de sobrecarga¹⁴. Estes sintomas psíquicos acabam por formar um ciclo vicioso, visto que conforme aumenta a sobrecarga, os cuidadores ficam mais propensos à ansiedade e depressão, sendo que a gravidade da depressão também aumenta^{19,22}.

Proporcionar tratamento aos pacientes, reduzindo o tempo e a dificuldade do cuidado, provoca redução da ansiedade e depressão do cuidador¹⁹. Um estudo

brasileiro relatou que a prevalência de transtornos de ansiedade foi significativamente maior nos cuidadores do sexo feminino, e que o humor do cuidador foi o fator mais consistente influenciando sobrecarga e saúde percebida em cuidadores²¹.

As diferenças culturais podem influenciar diferentemente o senso global de sobrecarga do cuidador. Um estudo que comparou cuidadores americanos e coreanos demonstrou que este senso global de sobrecarga foi maior na Coréia que nos EUA. Cuidadores americanos foram mais afetados pela falta de tempo para cuidarem de si próprios, enquanto os cuidadores coreanos apresentavam uma baixa percepção de suporte social¹⁴.

Em um artigo indiano, tarefas como cuidados médicos e de enfermagem, suporte emocional do paciente, gerenciamento das finanças, companhia e transporte, cozinhar, lavar roupas, ler, escrever e planejar atividades para os pacientes determinam altos níveis de sobrecarga do cuidador¹⁸. Em outro estudo, também indiano, o aumento da carga de trabalho, ansiedade relacionada e depressão, e distúrbios do sono foram relatados por 70%, 76% e 43% dos cuidadores respectivamente, enquanto que 80% relataram preocupação financeira, que foi maior entre os moradores de favelas e famílias menos instruídas²⁵.

Analisando os estudos longitudinais, verificou-se em um artigo israelense, que a saúde dos cuidadores permaneceu estável durante um período de três meses após o AVC. Após três meses, os níveis de depressão do cuidador diminuíram, assim como a necessidade de apoio dentro e fora de casa. No entanto, a satisfação com o suporte e relações familiares diminuiu, assim como a qualidade de vida²⁷. Outro estudo longitudinal mostrou que o estado emocional do paciente e do cuidador, idade, sexo e treinamento foram determinantes de sobrecarga em três meses, e que a dependência funcional do paciente e suporte familiar foram determinantes de sobrecarga em um ano¹⁵.

Considerações Finais

Neste estudo observou-se que o sexo feminino, o não revezamento do ato de cuidar, a presença de depressão e o grau de dependência funcional do paciente foram importantes fatores preditores de sobrecarga nos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC. Foi também observado que os

cuidadores não apresentam preparo técnico, suporte social, emocional ou financeiro, o que pode gerar dificuldade no cuidado.

A sobrecarga financeira também foi um importante aspecto observado. Muitas vezes o cuidador tem que abdicar de sua vida profissional para atender às necessidades diárias e constantes do paciente. Com o aumento dos gastos com tratamento médico, esses cuidadores e pacientes podem mesmo se tornar dependentes financeiramente de outros familiares, o que gera enorme sobrecarga.

A presença de stress, ansiedade e depressão do cuidador foram também observadas em muitos estudos. O ciclo vicioso entre estes fatores e a sobrecarga leva à reflexão sobre o ato de cuidar, o qual nestes casos tem um aspecto degradante.

Os estudos analisados revelam uma situação precária dos cuidadores familiares, a qual necessita de discussão. A função de cuidar está sendo exercida sem preparo, sem vocação, sem apoio e sem reconhecimento por parte dos familiares e do Estado. Os cuidadores estão em situação de risco de saúde, visto que demonstram abalos em seu estado físico, psíquico e social.

É necessária uma reflexão sobre as políticas públicas destinadas aos cuidadores, as quais no Brasil ainda são ineficientes. O cuidador precisa de atenção tanto quanto o paciente, visto que é peça chave no planejamento terapêutico destes indivíduos com sequelas de AVC. É evidente a necessidade de novos estudos, principalmente brasileiros, que nos mostrem uma visão geral e fidedigna de como está a realidade destes cuidadores em nosso país, para que então possam ser realizadas ações de intervenção com eficácia.

Referências

1. Giles MF, Rothell PM. Measuring the prevalence of Stroke. *Neuroepidemiology* 2008; 30:205–6.
2. SUS. Prevenção AVC 2012 [Acessado em 01\03\2014] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area\312\comunicacao.html>.
3. 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):71-5.
4. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília- DF. 2008.

5. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar, vol.01, Brasília- DF, 2012.
6. Cupertino APFB; Aldwin CM; Oliveira BHD. Moderadores dos efeitos do estresse na saúde auto percebida de cuidadores. *Interação em Psicologia* 2006; 10(01): 9-18.
7. Cassis SVA, Karnaks T, Moraes TA, Curiati JAE, Quadrante ACR, Magaldi RM. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007; 09(65).
8. Martins T, Ribeiro JP, Garret C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, saúde & doenças* 2003; 04(01): 131-48.
9. Karsh UM. Idosos dependentes: família e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública* 2003; 19(03): 861-66.
10. Eusébio CJV, Rabinovich EP. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de Acidente Vascular Encefálico. *Temas em psicologia* 2006; 14(01): 63-79.
11. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm* 2012; 3(2):109-12.
12. Santos NF, Silva MRF. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Revista Faculdade Santo Agostinho, Teresina* 2013; 10(02):358-71.
13. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research Methods, appraisal and utilization* 2006; 17 (04):457-94.
14. Bergström AL, Eriksson G, Kock LV, Tham K. Combined life satisfaction of person with Stroke and their Caregivers: associations with the Caregiver burden and the impact of stroke. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011; 09(01).
15. McCullagh E, Brigstock G, Donaldson N, Kaira L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke* 2005; 36:2181-86.
16. Pereira RA, Santos EB, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga de cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1):185-92.
17. Kamel AA, Bond AE, Sivarajan FE. Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with Stroke. *International Journal of Nursing Practice* 2012; 18:147-54.
18. Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal PM. Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Ann Indian Acad Neurol* 2012; 15(2):113-19.
19. Denno MS, Gillard PJ, Graham GD, Boaventura MD, Goren A, Varon SF, Zorovith R. Anxiety and depression associated with caregiver burden in

- caregivers of stroke survivors with spasticity. *Arch Phys Med Rehabil* 2013; 94:1731-36.
20. Raju RS; Kaur P, Pandian JD. Psychosocial problems, quality of life, and caregiver burden among stroke caregivers in India. *Int J Stroke* 2012; 7(1):100-10.
21. Carod-Artal FJ, Ferreira CL, Trizotto DS, Menezes MC. Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. *Cerebrovasc Dis* 2009; 28(5):472-80.
22. Tang WK, Lau CG, Mok V, Ungvari GS, Wong KS. Burden of Chinese stroke family caregivers: the Hong Kong experience. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92(9):1462-67.
23. Vincent C, Desrosiers J, Landreville P, Demers L. Burden of caregivers of people with stroke: evolution and predictors. *Cerebrovasc Dis*. 2009; 27(5): 456-64.
- Morais HC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Siva MJ, Araújo TL. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Latino-am Enfermagem* 2012; 20(5):944-53.
24. Das S, Hazra U, Ghosal RM, Banerjee TK, Roy T, Chaudhuri A, Raut DK, Das SK. Burden among stroke caregivers: results of a community-based study from Kolkata, India. *Stroke* 2010; 41(12): 2965-68.
25. Choi-Kwon S, Kim HS, Kwon SU, Kim JS. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86(5):1043-48.
26. Nir Z, Greenberger C, Bachner YG. Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *J Neurosci Nurs* 2009; 41(2): 92-105.

5.2 Artigo 2

QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

QUALITY OF LIFE AND BURDEN OF FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH STROKE SEQUEL

Resumo

Trata-se de estudo descritivo analítico com objetivo de traçar o perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e avaliar a sobrecarga e a qualidade de vida (QV) dos mesmos. Participaram do estudo 150 cuidadores familiares de pacientes adultos com sequela de AVC. Foram utilizados na coleta de dados o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref), o Critério de Classificação Econômica Brasil e um questionário para traçar o perfil sociodemográfico dos participantes. A maioria dos cuidadores era do sexo feminino, casada, cônjuge e residia com os pacientes. A média de idade foi de 46 anos. A maior parte possuía o ensino fundamental ou médio, tinha carro próprio, realizava a função a mais de 12 meses e não possuía suporte para o revezamento no cuidado. As características que contribuíram para maior sobrecarga do cuidado e pior qualidade de vida do cuidador foram o tempo de cuidado superior a 12 meses, a ausência do revezamento no cuidado, a falta de apoio da família e o isolamento social. Estratégias de apoio ao cuidador familiar devem ser elaboradas, principalmente no que se refere às horas diárias de cuidado e revezamento no cuidado. A falta de tempo para cuidar de si próprio e para realizar atividades de lazer expõe os cuidadores a riscos de adoecimento físico e emocional.

Descritores: Qualidade de Vida, Cuidadores, Acidente Vascular Cerebral.

Abstract

It is analytical descriptive study to map the demographic profile of family caregivers of patients with stroke and assess the burden and quality of life of the same. The study included 150 family caregivers of adults with stroke sequelae. Were used to collect data Evaluation Questionnaire overload the Informal Caregiver (QASCI), the World

Health Organization Quality of Life Assessment Instrument of Health (WHOQOL-Bref), the Economic Classification Criterion Brazil and a questionnaire to trace the demographic profile of the participants. Most caregivers were female, married, spouse and resided with patients. The average age was 46 years. Most had elementary or high school, had car itself, performed the function over 12 months and did not have support for the relay in care. The characteristics that contributed to higher overhead of care and poorer quality of life of the caregiver were careful to time more than 12 months, the absence of the relay in the care, lack of family support and social isolation. Support for the family caregiver strategies should be developed, especially with regard to hours of care and relay in care. The lack of time to care for himself and to perform leisure activities exposes caregivers at risk of physical and emotional illness.

Keywords: Quality of Life; caregivers; Stroke.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é o principal representante das doenças cerebrovasculares, deixando sequelas nos indivíduos que sobrevivem à injúria cerebral. A severidade dessas sequelas leva 86% destes pacientes a depender de um cuidador para a realização de suas atividades de vida diária^(1,2).

O cuidador é a pessoa da família ou da comunidade que é responsável pelos cuidados a outra pessoa de qualquer idade que esteja em situação de limitação física e ou mental. O cuidador pode ou não ser remunerado para esta atividade, e nem sempre escolhe realizar esta tarefa, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Deve se ressaltar sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem⁽³⁾.

O cuidar é uma tarefa muito complexa, que envolve sentimentos tanto positivos quanto negativos do cuidador, que pode não apresentar preparação para assumir esta responsabilidade. O cuidado em domicílio é visto como estressante e exaustivo, pois a função de cuidar normalmente se acumula às outras funções

cotidianas de quem cuida, geralmente um dos cônjuges ou filhos, na maioria das vezes do sexo feminino⁽⁴⁾. O ato de cuidar de um paciente dependente traz consigo implicações de ordens físicas, sociais, emocionais e cognitivas que podem levar a relações íntimas entre cuidado e sobrecarga^(5,6).

As mudanças nos aspectos físico, funcional, emocional e muitas vezes cognitivo podem causar alterações drásticas na qualidade de vida (QV) dos pacientes e de seus cuidadores. A QV pode ser definida como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽⁷⁾.

A avaliação da QV dos cuidadores é essencial, visto que o suporte a eles representa um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Por vários motivos, entre os quais a redução dos custos com assistência hospitalar institucional, a tendência é indicar a permanência destes pacientes em casa, sob os cuidados de suas famílias⁽⁸⁾.

Neste contexto, é possível entender a importância de se pesquisar os cuidadores familiares de pacientes com sequelas de AVC, e quais são os fatores determinantes mais relevantes na sobrecarga e na QV destes cuidadores, para que propostas de apoio possam ser elaboradas, afim de que os conceitos de saúde e cuidados domiciliares possam ser abordados na prática de maneira efetiva, melhorando assim as condições físicas, psíquicas, sociais e afetivas tanto dos cuidadores quanto de seus pacientes.

O objetivo deste estudo é traçar o perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC e avaliar a sua sobrecarga e QV .

Metodologia

Este estudo transversal de abordagem quantitativa foi submetido a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o CAAE nº 14320813.7.0000.0037. A coleta de dados foi realizada em um Centro de Reabilitação na cidade de Goiânia, no período de setembro a dezembro de 2014.

A amostra foi composta por 150 cuidadores familiares de pacientes adultos com sequela de AVC. Participaram do estudo os indivíduos que se encaixaram nos seguintes critérios de inclusão: cuidadores familiares de pacientes

adultos com sequela de AVC frequentando a reabilitação e cuidador desempenhando seu papel nas últimas quatro semanas. Foram adotados como critérios de exclusão: cuidadores de pacientes com doença neurológica progressiva, com lesão em nervos periféricos ou com comorbidades e cuidadores profissionais.

Foram aplicados o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) para a avaliação da sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com sequela de AVC e o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) para a avaliação da QV destes mesmos cuidadores. Para traçar o perfil econômico dos participantes, foi aplicado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), e para traçar o perfil sociodemográfico, foi aplicado um questionário elaborado pela pesquisadora.

Primeiramente, foi realizado um levantamento nos prontuários para que os pacientes com AVC fossem identificados. Em seguida, estes pacientes foram localizados no setor de reabilitação, para que fosse confirmada a presença ou não de cuidador familiar. Posteriormente, a pesquisadora aplicou os instrumentos individualmente, na forma de entrevista.

Os dados foram analisados com aplicação do programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. As variáveis quantitativas de acordo com os instrumentos utilizados nesse trabalho foram apresentadas com média e desvio padrão e as variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência e em porcentagens.

A análise de Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney foram utilizadas para comparar os dados sociodemográficos com as variáveis quantitativas de cada domínio dos questionários QASCI e WHOQOL-bref. Foi realizada análise de correlação entre cada componente dos instrumentos QASCI e WHOQOL, para descrever a força e a direção da relação entre as variáveis. Para isso utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (r). Para todas as situações foi adotado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Participaram do estudo 150 cuidadores informais de pacientes com sequela de AVC. A idade dos cuidadores variou entre 20 e 70 anos, com média de 46 anos (DP: 14,45). A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico dos cuidadores.

Tabela 1- Distribuição do número e frequência das variáveis sociodemográficas dos cuidadores informais de pacientes com sequela AVC. Goiânia, GO, Brasil, 2015. (n=150)

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Mulher	120	80,0
Homem	30	20,0
Idade		
≤ 50	72	48,0
> 50	78	52,0
Estado Civil		
Casado	109	72,7
Outros	41	27,3
Residência		
Com o paciente	124	82,7
Sozinho/Outro	26	17,3
Parentesco		
Esposo(a)	65	43,3
Filho(a)	63	42,0
Irmão(ã)	6	4,0
Mãe	16	10,7
Escolaridade		
Fundamental, Médio	87	58,0
Superior	63	42,0
Renda Mensal*		
≤ 2 salários mínimos	62	41,3
> 2 salários mínimos	75	50,0
Transporte		
Carro da família	11	7,3
Carro próprio	67	44,7
Moto	3	2,0
Ônibus	25	16,7
Outros meios	44	29,3
Tempo de cuidado		
≤ 12 meses	67	44,7
> 12 meses	83	55,3
Revezamento		
Não	76	50,7
Sim	74	49,3
Religião		
Possui	141	94,0

Não possui	9	6,0
------------	---	-----

*Salário-mínimo vigente no período do estudo de R\$724,00

Os cuidadores eram em sua maioria do sexo feminino, casada, residia com os pacientes, possuía ensino fundamental ou médio, realizava a função de cuidador a mais de doze meses e possuía religião. A maior parte era composta por cônjuges, possuía carro próprio e não contava com outra pessoa para revezamento no cuidado (Tabela 1).

Quanto à distribuição dos dados sócio econômicos dos cuidadores segundo o CCBE, nenhum cuidador pertencia à classe A1, 4,0% pertenciam à classe A2, 17,3% à classe B1, 30% à classe C1, 22,7% à classe C2, 12,7% à classe D e a minoria pertencia à classe E (2,0%).

Em relação aos pacientes, a maioria apresentava tempo de lesão igual ou inferior a 24 meses (67,3%) e estava em reabilitação por um período igual ou inferior a 12 meses (67,3%).

A Tabela 2 descreve os escores médios obtidos nos questionários WHOQOL- bref e QASCI, aplicados aos cuidadores de pacientes com sequela de AVC.

Tabela 2. Escores dos domínios do WHOQOL-bref e QASCI dos cuidadores de pacientes com sequela de AVC. Goiânia, GO, Brasil, 2015. (n=150)

Domínios	Média	Desvio Padrão
WHOQOL-bref		
Domínio Físico	63,52	21,81
Domínio Psicológico	61,47	21,19
Relações Pessoais	59,06	24,93
Meio Ambiente	57,92	16,98
QASCI		
Sobrecarga emocional	32,04	25,77
Implicação na vida pessoal	46,77	27,34
Sobrecarga financeira	42,83	39,22
Reação às exigências	44,30	30,85
Mecanismos de eficácia e controle	31,28	31,21
Suporte familiar	39,83	34,67
Satisfação com o papel de cuidador	18,47	23,55

No WHOQOL-bref, as pontuações médias mais elevadas foram nos domínios “físico” e “psicológico”, enquanto que o domínio “meio ambiente” apresentou a pontuação mais baixa. No QASCI o domínio que apresentou pontuação média mais alta foi “implicação na vida pessoal” e o que apresentou escores mais baixos foi “satisfação com o papel de cuidador”(Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a comparação entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores e os escores obtidos pelo WHOQOL-bref.

Tabela 3. Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo perfil sociodemográfico. Goiânia, GO, Brasil, 2015. (n=150)

Sociodemográfico (Grupos)	Domínio Físico (M ± DP)	Domínio Psicológico (M ± DP)	Relações Pessoais (M ± DP)	Meio Ambiente (M ± DP)
Sexo	p = 0,32	p = 0,04	p = 0,39	p = 0,277
Mulher	62,6 ± 22,2	59,7 ± 20,9	58,1 ± 26,04	57,1 ± 17,0
Homem	67,0 ± 20,1	68,4 ± 19,9	62,5 ± 19,9	60,9 ± 16,5
Transporte	p = 0,57	p = 0,74	p = 0,92	p = 0,02
Carro da família	66,8 ± 19,3	66,6 ± 16,3	62,1 ± 20,8	57,3 ± 20,2
Carro próprio	62,2 ± 21,7	62,9 ± 20,7	59,3 ± 26,7	62,1 ± 17,0
Moto	69,0 ± 20,6	58,3 ± 14,4	58,3 ± 14,4	66,6 ± 3,6
Ônibus	58,8 ± 19,2	60,6 ± 23,0	61,6 ± 22,0	50,5 ± 15,7
Outros meios	66,9 ± 23,9	58,5 ± 22,5	56,4 ± 25,6	55,1 ± 15,5
Tempo de cuidado	p = 0,001	p = 0,003	p = 0,03	p = 0,001
≤ 12 meses	70,6 ± 20,2	67,8 ± 19,7	63,1 ± 25,6	62,9 ± 16,0
> 12 meses	57,7 ± 21,4	56,5 ± 21,3	55,5 ± 24,3	53,3 ± 16,6
Revezamento	p = 0,19	p = 0,04	p = 0,02	p = 0,03
Não	61,2 ± 19,8	58,0 ± 19,7	54,3 ± 25,3	55,0 ± 16,1
Sim	65,8 ± 23,5	65,0 ± 22,1	63,8 ± 23,7	60,8 ± 17,4
Parentesco	p = 0,09	p = 0,01	p = 0,08	p = 0,001
Esposo(a)	62,1 ± 21,1	63,9 ± 21,8	62,8 ± 24,1	60,2 ± 16,8
Filho(a)	65,6 ± 22,5	62,7 ± 20,7	58,2 ± 23,4	58,8 ± 15,3
Irmão(ã)	79,1 ± 15,7	64,5 ± 13,8	63,8 ± 29,1	73,4 ± 15,9
Mãe	54,9 ± 20,6	45,3 ± 16,0	45,3 ± 29,3	38,8 ± 9,1
Tempo lesão (paciente)	p = 0,01	p = 0,12	p = 0,14	p = 0,005
≤ 24 meses	67,2 ± 23,5	63,3 ± 21,7	61,5 ± 26,7	60,6 ± 16,3
> 24 meses	57,6 ± 17,9	58,5 ± 20,9	55,5 ± 21,9	52,0 ± 15,6

Os cuidadores do sexo feminino apresentaram menor QV no domínio “psicológico”. Em relação ao meio de transporte, os cuidadores que utilizavam ônibus apresentaram menor QV no domínio “meio ambiente”, enquanto aqueles que tinham carro próprio ou moto apresentaram maior QV neste mesmo domínio. Cuidadores que exerciam o cuidado a mais de 12 meses apresentaram menor QV em todos os domínios quando comparados aos cuidadores que cuidavam a 12 meses ou menos.

Os cuidadores familiares que possuíam revezamento no cuidado apresentaram melhor QV nos domínios “psicológico”, “relações pessoais” e “meio ambiente” do que aqueles que não possuíam. As mães cuidadoras apresentaram menor QV nos domínios “psicológico” e “meio ambiente”. Maior tempo de lesão do

paciente também se relacionou a menor QV dos cuidadores nos domínios “físico” e “meio ambiente” (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra a relação entre as características sociodemográficas e a sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC.

Tabela 4. Distribuição dos escores dos domínios do QASCI, segundo perfil sociodemográfico. Goiânia, GO, Brasil, 2015. (n=150)

Cuidadores	Sobrecarga emocional (M ± DP)	Implicação na vida pessoa (M ± DP)	Sobrecarga financeira (M ± DP)	Reação às exigências (M ± DP)	Mecanismos e eficácia. controle (M ± DP)	Suporte familiar (M ± DP)	Satisfação Com o papel (M ± DP)
Sexo	p = 0,07	p = 0,05	p = 0,19	p = 0,08	p = 0,04	p = 0,02	p = 0,003
Mulher	33,9 ± 25,9	48,9 ± 27,2	44,8 ± 39,9	46,4 ± 30,7	21,1 ± 23,4	27,5 ± 29,4	9,0 ± 16,0
Homem	24,5 ± 23,8	38,2 ± 26,4	34,5 ± 35,6	35,6 ± 30,0	33,8 ± 32,4	42,9 ± 35,3	20,8 ± 24,4
Estado Civil	p = 0,81	p = 0,18	p = 0,07	p = 0,01	p = 0,06	p = 0,44	p = 0,09
Casado	32,3 ± 27,3	48,5 ± 27,0	46,3 ± 40,0	48,0 ± 29,4	34,1 ± 32,4	41,4 ± 35,1	20,4 ± 24,9
Outros	31,6 ± 21,5	41,3 ± 27,0	33,5 ± 35,8	34,5 ± 32,2	23,5 ± 26,4	36,2 ± 33,6	13,2 ± 18,7
Escol. Fundamental, Médio	p = 0,36	p = 0,001	p = 0,64	p = 0,13	p = 0,55	p = 0,84	p = 0,21
Superior	33,8 ± 28,2	46,7 ± 30,8	44,5 ± 39,1	47,7 ± 33,0	32,5 ± 34,9	59,3 ± 33,3	20,5 ± 25,4
Religião	p = 0,007	p = 0,36	p = 0,89	p = 0,07	p = 0,91	p = 0,16	p = 0,62
Não	54,1 ± 35,2	54,7 ± 37,2	44,4 ± 44,6	62,2 ± 32,0	32,4 ± 39,8	55,5 ± 42,8	22,2 ± 28,4
Sim	30,6 ± 24,5	46,2 ± 26,6	42,7 ± 39,0	43,1 ± 30,5	31,2 ± 30,7	38,8 ± 34,0	18,2 ± 23,3
Residência	p = 0,29	p = 0,17	p = 0,02	p = 0,18	p = 0,93	p = 0,31	p = 0,02
Com o paciente	33,0 ± 26,6	48,1 ± 27,7	39,5 ± 38,3	45,8 ± 31,2	31,1 ± 32,2	41,1 ± 35,6	20,4 ± 23,3
Sozinho/Outro	27,1 ± 20,9	40,1 ± 24,6	58,6 ± 40,4	36,9 ± 28,3	31,7 ± 24,0	33,6 ± 29,5	8,8 ± 22,6
Transporte	p = 0,14	p = 0,20	p = 0,20	p = 0,27	p = 0,01	p = 0,05	p = 0,19
Carro da família	20,4 ± 21,8	41,1 ± 21,2	54,5 ± 35,9	37,2 ± 28,2	25,7 ± 38,8	18,8 ± 27,0	19,5 ± 20,6
Carro próprio	37,1 ± 26,6	51,4 ± 26,5	38,6 ± 39,2	49,2 ± 31,0	40,1 ± 33,6	44,7 ± 36,9	22,9 ± 24,1
Moto	41,6 ± 14,4	54,5 ± 7,8	83,3 ± 28,8	48,3 ± 20,2	41,6 ± 14,4	50,0 ± 0,02	0,0 ± 0,0
Ônibus	26,5 ± 26,1	36,9 ± 22,2	37,0 ± 27,1	34,0 ± 28,2	18,6 ± 17,3	28,5 ± 30,3	14,6 ± 21,9
Outros meios	29,6 ± 24,4	46,1 ± 29,8	46,8 ± 40,5	44,0 ± 32,4	25,5 ± 29,2	43,4 ± 33,7	14,7 ± 22,5
Tempo de cuid.	p = 0,04	p = 0,02	p = 0,77	p = 0,01	p = 0,67	p = 0,001	p = 0,52
≤ 12 meses	27,2 ± 23,8	41,5 ± 29,4	43,0 ± 39,0	37,2 ± 30,8	32,4 ± 31,6	29,4 ± 33,1	17,0 ± 24,2
> 12 meses	35,1 ± 26,5	51,5 ± 25,0	42,7 ± 38,5	49,9 ± 30,1	30,3 ± 31,0	48,1 ± 33,8	19,5 ± 25,0
Revezamento	p = 0,54	p = 0,02	p = 0,12	p = 0,01	p = 0,41	p = 0,053	p = 0,64
Não	33,3 ± 26,3	51,6 ± 27,5	47,6 ± 37,0	50,1 ± 30,2	33,3 ± 33,1	45,2 ± 34,9	19,3 ± 22,5
Sim	30,7 ± 25,3	41,7 ± 26,3	37,8 ± 41,0	38,2 ± 30,5	29,1 ± 30,6	34,2 ± 33,6	17,5 ± 24,3
Parentesco	p = 0,26	p = 0,28	p = 0,14	p = 0,14	p = 0,08	p = 0,02	p = 0,006
Espos(a)	28,7 ± 26,5	49,5 ± 27,2	45,1 ± 38,9	49,4 ± 29,5	28,7 ± 32,9	31,6 ± 35,1	23,3 ± 25,2
Filho(a)	32,8 ± 23,8	41,8 ± 26,4	45,6 ± 40,2	39,2 ± 30,9	28,4 ± 26,7	40,2 ± 34,3	12,8 ± 20,4
Irmão(ã)	30,2 ± 30,2	54,5 ± 16,2	10,4 ± 12,2	29,1 ± 15,6	48,6 ± 24,9	18,7 ± 28,2	1,6 ± 4,0
Mãe	42,9 ± 27,4	51,9 ± 33,1	34,3 ± 38,5	49,0 ± 36,4	46,3 ± 38,2	60,9 ± 28,4	27,8 ± 22,8
Tempo lesão	p = 0,92	p = 0,11	p = 0,08	p = 0,23	p = 0,11	p = 0,02	p = 0,48
≤ 24 meses	32,3 ± 26,1	43,0 ± 29,5	38,6 ± 39,4	41,9 ± 30,1	34,4 ± 33,2	34,8 ± 34,4	19,5 ± 24,1
> 24 meses	31,7 ± 25,4	51,6 ± 23,4	49,1 ± 37,2	48,8 ± 30,7	26,1 ± 27,1	48,0 ± 33,0	16,7 ± 22,6
Tempo de reabilitação.	p = 0,92	p = 0,11	p = 0,08	p = 0,23	p = 0,64	p = 0,007	p = 0,41
≤ 12 meses	32,8 ± 26,0	43,5 ± 29,3	38,1 ± 39,2	41,2 ± 30,3	32,0 ± 30,4	36,2 ± 34,7	17,3 ± 22,2
> 12 meses	31,2 ± 25,0	51,1 ± 23,9	49,6 ± 37,7	48,4 ± 30,3	29,5 ± 32,9	41,7 ± 33,7	20,6 ± 26,1

As cuidadoras do sexo feminino tiveram maior sobrecarga no domínio “implicações na vida pessoal”, mas apresentaram melhores resultados em relação a cuidadores do sexo masculino nos domínios “mecanismos de eficácia e controle”, “suporte familiar” e “satisfação com o papel de cuidador”. Os cuidadores casados apresentaram maior sobrecarga no domínio “reações às exigências”.

Os cuidadores com ensino superior completo ou incompleto mostraram menor sobrecarga no domínio “implicações na vida pessoal”. Os cuidadores familiares que seguem alguma religião apresentaram menor sobrecarga no domínio “sobrecarga emocional”.

Os cuidadores que não residem com os pacientes apresentaram maior comprometimento no domínio “sobrecarga financeira” e menor sobrecarga no domínio “satisfação com o papel de cuidador” do que cuidadores que residem com os pacientes. Aqueles que utilizavam moto como meio de transporte apresentaram maior sobrecarga no domínio “mecanismos de eficácia e controle” e “suporte familiar”.

Tempo de cuidado superior a doze meses levou a comprometimento nos domínios “sobrecarga emocional”, “implicações na vida pessoal”, “reações às exigências” e “suporte familiar”. A falta de revezamento foi relacionada à maior sobrecarga nos domínios “implicações na vida pessoal” e “reações às exigências”. As mães foram as cuidadoras que demonstraram maior sobrecarga nos domínios “suporte familiar” e “satisfação com o papel de cuidador”. Os cuidadores que cuidavam de pacientes com tempo de lesão superior a 24 meses e que frequentavam a reabilitação a mais 12 meses apresentaram maior sobrecarga no domínio “suporte familiar”(Tabela 4).

Na tabela 5 são apresentados os resultados das correlações entre sobrecarga do cuidado e a QV dos cuidadores.

Tabela 5. Correlações entre sobrecarga do cuidado e qualidade de vida dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC. Goiânia, GO, Brasil, 2015. (n=150)

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Relações Pessoais	Meio Ambiente
Sobrecarga emocional.	-0,545**	-0,518**	-0,500**	-,0426**
Implicações na vida pessoal	-0,638**	-0,520**	-0,591**	-0,446**
Sobrecarga financeira	-0,315**	-0,265**	-0,378**	-0,285**
Reações a exigências	-0,443**	-0,389**	-0,286**	-0,214**
Mecanismos eficácia e controle	-0,341**	-0,343**	-0,460**	-0,265**
Suporte familiar	-0,416**	-0,452**	-0,466**	-0,395**
Satisfação com o papel	-0,339**	-0,207*	-0,263**	-0,210**

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na análise das correlações entre sobrecarga do cuidado e QV dos cuidadores, observou-se que todas as correlações foram negativas, indicando que quanto maior a sobrecarga do cuidado, pior a QV do cuidador.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a grande maioria dos cuidadores participantes era do sexo feminino (80%), o que condiz com várias pesquisas analisadas⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Este fato se dá pela própria questão cultural da mulher como responsável pelos cuidados dispendidos a seus entes queridos⁽¹⁵⁾. A média de idade encontrada de 46 anos pode ocorrer pela responsabilização de pessoas com melhores condições físicas por outros membros da família a prestarem cuidado, já que supririam melhor as necessidades dos pacientes^(15,16).

Quanto ao estado civil, neste estudo 72,7% dos cuidadores de pacientes com sequela de AVC eram casados⁽¹⁷⁾, e quanto à residência 82,7% moravam com os pacientes, destacando que este fato pode desencadear o aparecimento de limitações na vida cotidiana do cuidador, com conseqüente risco à sua saúde e bem-estar^(12,18).

Quanto ao grau de parentesco, 43,3% dos cuidadores eram cônjuges. Este fato corrobora com outros estudos, e se dá pelo fato de que os cônjuges são os principais familiares a assumir o cuidado, movidos principalmente por uma

“obrigação matrimonial”, pelo projeto de vida comum assumido pelo casamento e o compromisso de estar junto na saúde e na doença⁽¹⁷⁾.

Grande parte dos cuidadores nesta pesquisa (42%) informou ter concluído ou estar cursando o ensino superior. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos que analisaram populações de centros urbanos^(18,19).

A metade dos cuidadores (50%) declarou ter renda superior a dois salários mínimos. É importante o fato de que as famílias ao possuírem uma boa condição financeira, por si só, não determina que esse cuidado seja realizado com qualidade, com segurança e apoio emocional, pois na relação do cuidado, é necessário que se considere não somente os aspectos técnicos e operacionais, mas também os subjetivos^(13,20).

A maior parte dos cuidadores possuía carro próprio (44,7%) e a maioria (55,3%) realizava esta função a mais de doze meses, assim como cuidadores de outros estudos^(11,21). Quanto ao revezamento, 50,7% dos cuidadores relataram realizar a atividade de cuidar de modo permanente, ou seja, diuturnamente, o que é um fato preocupante e também apontado em outras pesquisas^(12,22).

Quando questionados sobre religiosidade, 94% dos respondentes informaram ter religião. A religiosidade é um aspecto importante a ser observado, visto que é considerado como um fator de enfrentamento⁽²⁰⁾.

Na avaliação da QV dos cuidadores através do instrumento WHOQOL-bref, o domínio que apresentou o escore mais baixo foi o “meio ambiente”. Esses dados são coincidentes com outras pesquisas, as quais verificaram que os cuidadores familiares tiveram redução de suas atividades de lazer e culturais, levando a desgaste considerável em sua vida social^(15,22,23).

O domínio “relações pessoais” apresentou a segunda menor média. A falta de apoio foi muito relatada pelos cuidadores, os quais se sentem abandonados e solitários na prestação de cuidados aos pacientes. Relatam também o distanciamento dos amigos e a falta de participação da família nos cuidados^(11,24).

O domínio que apresentou maior escore neste estudo foi o “físico”, corroborando com outras pesquisas^(23,25,26). Comparando a QV dos cuidadores com as características sociodemográficas dos mesmos, observou-se relação entre o sexo feminino e menor QV no domínio “psicológico”. Estas cuidadoras apresentam sobrecarga no cuidar não somente pela realização das tarefas em si, mas também pela dedicação exigida para satisfazer as necessidades do outro, em detrimento das

suas próprias necessidades. Elas deixam de se cuidar, desenvolvendo sentimentos negativos até mesmo em relação à sua imagem corporal⁽¹⁶⁾.

Os cuidadores dependentes de ônibus como meio de transporte apresentaram menor QV no domínio “meio ambiente” que os cuidadores que tinham carro próprio. Este fato é explicado pelos desafios de acessibilidade impostos aos pacientes e seus cuidadores pelo transporte coletivo. Um estudo demonstrou que as dificuldades de transporte para os pacientes com algum tipo de deficiência são tão grandes que 39,32% dos participantes relataram apenas utilizar ônibus para tratamento de saúde e 33,55% demonstraram que possivelmente não saem de casa diariamente, estando restritas ao convívio familiar⁽²⁷⁾.

O tempo de cuidado superior a 12 meses causou impacto negativo na QV em todos os domínios. Cuidar de um paciente por tempo prolongado expõe os cuidadores à sobrecarga que pode levar ao adoecimento, principalmente se esses cuidadores são os únicos a assumirem esta responsabilidade, e se esta se acumula a outras funções como de mãe e esposa⁽¹²⁾.

As mães cuidadoras apresentaram menor QV no domínio meio ambiente, demonstrando que apresentam dificuldades financeiras, problemas com o ambiente físico e meio de transporte. As oportunidades de lazer se tornam restritas e as mães se sentem inseguras para a realização do cuidado⁽²²⁾.

A ausência de revezamento causou impacto negativo na QV nos domínios “psicológico”, “relações pessoais” e “meio ambiente” e “psicológico”. Quando não existe revezamento, este cuidador se torna refém de sua atividade de cuidar, incorporando-a em suas atividades cotidianas, o que leva à ausência de tempo livre e lazer. Quando ele existe, o cuidador consegue tempo para si mesmo, reduzindo assim a sobrecarga e causando menos impacto em sua QV. Além disso, o revezamento no cuidado proporciona um importante apoio no aspecto emocional, pois demonstra solidariedade e compartilhamento do sofrimento⁽¹⁵⁾.

O tempo de lesão do paciente acima de 24 meses também colaborou para a menor QV dos cuidadores nos domínios “físico” e “meio ambiente”. Este fato pode estar correlacionado ao tempo de cuidado, indicando que os cuidadores assumem essa função desde o início da doença⁽²⁸⁾.

Na avaliação da sobrecarga do cuidador através do QASCI, as menores médias foram referentes aos domínios “satisfação com o papel de cuidador” e “mecanismos de eficácia e controle”.

Mães cuidadoras que residem com os pacientes apresentaram maior sobrecarga no domínio “satisfação com o papel de cuidador”. Pesquisas demonstram que é comum entre os cuidadores de pacientes que sofreram AVC sentimentos de insatisfação, com tendência a ficarem debilitados física e emocionalmente, ainda que possa haver outros fatores desencadeantes desse estresse, como a própria personalidade e o ambiente no qual o cuidador se encontra^(15,29).

Já o domínio que apresentou a maior média foi “implicação na vida pessoal”. Cuidadoras a mais de 12 meses e sem revezamento no cuidado relataram sobrecarga relativa a esse domínio. Deve ser considerado o fato de que as doenças que levam à incapacidade impõem limitações ao doente e cuidador, resultando em sentimentos de isolamento, alterações no estilo de vida e insatisfações na vida social, proporcionando um cotidiano restrito apenas às atividades domésticas⁽³⁰⁾.

A sobrecarga leva a situações negativas nas relações familiares, já que o cuidador, vendo-se sozinho diante do trabalho exaustivo, recorre à ajuda dos outros membros da família, que podem negar esse suporte. Em um estudo realizado em domicílios, verificou-se que onde as cuidadoras não recebiam apoio de outros membros da família, observou-se rispidez e impaciência no trato com o paciente. Já nas famílias onde havia apoio de outros membros, o ambiente foi percebido como tranquilo e harmonioso⁽³¹⁾.

Considerações finais

Analisando os dados encontrados, percebe-se que o bem estar físico, psíquico e social dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC está sendo afetado pelas condições nas quais o cuidado vem sendo exercido. A falta de apoio na execução das atividades diárias com o paciente, o tempo dedicado a esse cuidado e a ausência de revezamento levam esses cuidadores ao isolamento social, o que os expõe à situações de sobrecarga, o que levando ao risco de adoecimento físico e emocional.

A sobrecarga observada resultou em declínio da QV destes cuidadores familiares, os quais necessitam com urgência de apoio, principalmente para o revezamento e para a diminuição das horas diárias dispendidas a esse cuidado. As

atividades de lazer e relacionadas à vida pessoal precisam ser retomadas, e melhores condições de cuidado e acessibilidade dos pacientes aos tratamentos de saúde devem ser requisitadas, para que assim possam ser reduzidos os níveis de sobrecarga, e para que uma boa QV seja alcançada por esses indivíduos.

Conhecer a realidade em que o cuidador familiar está inserido, sua rotina de cuidados, sua sobrecarga e QV, nos dá parâmetros para que possam se instaurar atividades de intervenção, as quais podem melhorar tanto a qualidade do cuidado, quanto a QV do cuidador e, conseqüentemente, do paciente. É necessário que se elaborem políticas públicas mais veementes no que diz respeito ao papel dos cuidadores familiares e a um sistema de apoio tanto às famílias quanto aos pacientes, visto que a qualidade do cuidado prestado está diretamente relacionada com a qualidade de vida do cuidador, a qual só pode ser positiva quando os fatores que geram sobrecarga forem reduzidos.

Referências

- 1 Rowland LP; Merrit .Tratado de Neurologia. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- 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):71-5.
- 3 Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília- DF, 2008.
- 4 Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar, vol.01, Brasília- DF, 2012.
- 5 Cupertino APFB; Aldwin CM; Oliveira BHD. Moderadores dos efeitos do estresse na saúde auto percebida de cuidadores. Interação em Psicologia. 2006; 10(01):9-18.
- 6 Martins T; Ribeiro JP; Garret C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. Psicologia, saúde & doenças. 2003; 04(01): 131-48.
- 7 World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. 1997.
- 8 Karsh UM. Idosos dependentes: família e cuidadores. Caderno de Saúde Pública. 2003; 19(03):861-66.
- 9 Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):33-8.
- 10 ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012.

- 11 Guedes AC; Pereira MG. Sobrecarga, enfrentamento, sintomas físicos e morbidade psicológica em cuidadores familiares de dependentes funcionais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(4).
- 12 Nogueira PC; Rabeh SAN; Kaliri MHL; Dantas RAS; Haas VJ. Sobrecarga no cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. 2012; 20(6).
- 13 Yamashita CH; Amendola F; Alvarenga MRM; Oliveira MAC. Perfil sócio demográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. *O Mundo da Saúde, São Paulo*. 2010; 34(1):20-24.
- 14 Vilela ABA; Meira EC; Souza AS; Souza DM; Cardoso IS; Sena ELS; Gonçalves LHT. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2006; 9(1).
- 15 Andrade LM; Costa MFM; Caetano JÁ; Soares E; Beserra EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular encefálico. *Ver EscEnferm USP*. 2008; 33 (1):37-43.
- 16 Eusébio CJV; Rabinovich EP. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de Acidente Vascular Encefálico. *Temas em psicologia*. 2006; 14(01): 63-79
- 17 Santos NMF; Tavares DMS. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com Acidente Vascular Encefálico. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012; 46(4).
- 18 Wachholz AP; Santos RCC; Wolf LSP. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2013; 16(3):513-26.
- 19 Garrido R; Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Ver Saúde Pública*. 2004; 38(6): 835-41.
- 20 Silva CF; Passos VMA; Barreto SM. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012; 15(4):707-31
- 21 Nardi EFR; Sawada NO; Santos JLF. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador informal. *Ver. Latino- AM de Enfermagem*. 2013; 21(5).
- 22 Orso ZRA. Perfil do cuidador informal de idosos dependentes no município de Veranópolis-RS. *Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS*. 2008.
- 23 Gonçalves LHT; Alvarez AM; Sena ELS; Santana HUS; Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis-SC. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 2006; 15(4): 570-7.

- 24 Braccialli LMP; Bagagi OS; Sankako NA; Araújo RCT. Qualidade de vida de pessoas com necessidades especiais. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, 2012; 18(1):113-26.
- 25 Fonseca NR; Penna AFG; Soares, MPG. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de se assumir este papel. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2008; 18(4):727-43.
- 26 Amendola F; Oliveira MAC; Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. RevEscEnferm USP. 2011;45(4):884-9.
- 27 Miranda SCF; Freitas IMDP. Análise da acessibilidade das pessoas com deficiência no sistema de transporte coletivo por ônibus na cidade de Salvador. Disponível em <<http://www.redpgv.coppe.ufrj.br/>>. Acesso em 12-01-2015.
- 28 Kluthcovsky, ACGC; Takayanagui, AMM. Qualidade de vida – aspectos conceituais. RevSalus-PR. 2007;1(1):13-5.
- 29 CASSIS SVA; Karnakis T; Quadrante ACR; Curiati JAE; Magaldi RM. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. Revista Brasileira de Medicina. 2008; 9(65).
- 30 Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser cuidador de paciente com Acidente Vascular Cerebral: uma análise do conhecimento. Rev Latino-am Enfermagem. 2004; 12(1):115-21.
- 31 Pereira RA; Santos EB; Fhon JRS; Marques S; Rodrigues RAP. Sobrecarga de cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. RevEscEnferm USP. 2013; 47(1):185-92.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar é um ato complexo, que exige dedicação e preparo por parte de quem cuida. O AVC gera sequelas, as quais exigem que o cuidador tenha que auxiliar o paciente em muitas de suas AVD's. A condição destes pacientes é crônica, e portanto o cuidado, neste caso, não tem previsão de duração.

A realidade revelada nos dois estudos é de um contingente de cuidadores que exercem a função por algum tipo de imposição familiar e sem nenhuma preparação técnica, física e emocional. Realizam o cuidado sem auxílio de outros familiares e sem apoio do Estado. Muitas vezes passam por dificuldades econômicas e isolamento social.

Nos dois artigos o tempo de cuidado prolongado e a falta de revezamento foram os aspectos mais relacionados à sobrecarga do cuidador. Esse fato se correlacionou com o declínio da QV e revelou uma situação precária dos cuidadores familiares, a qual necessita de intervenção. Estes cuidadores estão em situação de risco de saúde, visto que demonstram abalos em seu estado físico, psíquico e social.

Os cuidadores familiares necessitam de apoio, principalmente para o revezamento e para a diminuição das horas diárias dispendidas ao cuidado. Inexiste uma política mais veemente no que diz respeito ao papel dos cuidadores familiares e a um sistema de apoio tanto às famílias quanto aos pacientes. Conhecer a realidade em que o cuidador familiar está inserido, sua rotina de cuidados, sua sobrecarga e QV, nos dá parâmetros para que possam se instaurar atividades de intervenção, as quais podem melhorar tanto a qualidade do cuidado, quanto a QV do cuidador e, conseqüentemente, do paciente.

O cuidador precisa de atenção tanto quanto o paciente, visto que é peça chave no planejamento terapêutico destes indivíduos com sequelas de AVC. É evidente a necessidade de novos estudos, principalmente brasileiros, que nos mostrem uma visão geral e fidedigna de como está a realidade destes cuidadores em nosso país, para que ações de intervenção possam ser realizadas com eficácia.

7 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, F. et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 25, n2, julho- dezembro, 2007.
- BRITO, E.S.; RABINOVICH, E.P. A família também adoce!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.27, p.783-94, out./dez. 2008.
- CASSIS, S.V.A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Revista Brasileira de Medicina*, n.09, v.65, setembro, 2008.
- CORDOVA, R.A.M.; CESARINO, C.B.; TOGNOLA, W.A. Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós – primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores. *Arquivos Ciências Saúde*, n.14, v.02, p. 71-75, 2007.
- 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*, n.10, v 1, p. 9-18, 2006.
- EUSÉBIO, C.J.V.; RABINOVICH, E.P. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de Acidente Vascular Encefálico. *Temas em psicologia*, v.14, n. 1, p. 63-79, 2006.
- FONSECA, N.R.; PENA, A.F.G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 13, v. 4, p. 1175-1180, 2008.
- FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL–bref". *Revista de Saúde Pública*, v.34, n.2, p. 178-83, 2000.
- FONSECA, N.R.; PENA, A.F.G.; SOARES, M.P.G. *Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel.* *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.18, v. 4, p. 727-743, 2008.
- KARSH, U.M. Idosos dependentes: família e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.03, p.861-866, maio-junho, 2003.
- MARQUES, S. Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Escola Superior de Altos Estudos. Orientador: Carlos Amaral Dias. Co-Orientadora: Sandra Oliveira. Data da defesa: 27/07/2005.
- MARTINS, T.; RIBEIRO, J.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.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de atenção domiciliar, vol.02, Brasília-DF, 2012a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de atenção domiciliar, vol.01, Brasília- DF, 2012b
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ELSA Brasil, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília-DF, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático do cuidador, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília- DF, 2008.
- OLIVEIRA, A.R.S. et al. Escalas para avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.65, n. 5, set-out; p. 839-43. Brasília 2012.

SANTOS, N.F.; SILVA, M.R.F. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. Revista Faculdade Santo Agostinho, Teresina, v. 10, n. 2, art. 20, p. 358-371, Abr./Jun. 2013.

Skevington, S.M.; Lotfy, M.; O'Connell, K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research, V. 13, p. 299–310, 2004.

SOUSA, A.G. et al. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas. ConScientiae Saúde, v. 07, n. 04, p. 497-502, 2008.

SUS. Prevenção AVC. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/312/comunicacao.html>, 2012. Acesso em 01/11/2013.

WHOQOL GROUP. Measuring quality of life: the world health organization quality of life instruments (the whoqol-100 and the WHOQOL-bref), 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A**AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES COM SEQUELA DE AVC**

Data da aplicação: / /

1.0. Dados pessoais

Nome do paciente: _____

Sexo: masculino () feminino ()

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

Endereço: _____

Fone: _____

Estado civil:

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

2.0. Local de residência:

() reside com o paciente () reside sozinho ou com outros familiares

3.0. Grau de escolaridade:

Analfabeto () fundamental incompleto () médio incompleto ()

Médio completo () Superior incompleto () Superior completo ()

4.0. Possui alguma religião? () sim () não

Qual religião? _____

5.0. Qual a renda mensal da família? R\$ _____**7.0. Possui alguém que reve-se com você na prestação de cuidados ao paciente?**

() sim () não

8.0. Que meio de transporte você utiliza?

() carro próprio () moto () carro da família () ônibus

() outros meios _____

9.0. Qual seu grau de parentesco com o paciente? _____

10. Qual o tempo de lesão do paciente? _____

11. Há quanto tempo o paciente está frequentando a reabilitação? _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Qualidade de vida e Sobrecarga de cuidadores familiares de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico. Após os devidos esclarecimentos sobre as informações a seguir, no caso de permitir que faça parte do estudo, o termo deve ser assinado ao final do documento, que apresenta duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e assim deixar de participar do estudo, sem prejuízo à continuidade do tratamento na Instituição.

Este estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida dos pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores informais.

Todas as informações referentes à pesquisa serão fornecidas aos pacientes e seus cuidadores. A aplicação dos procedimentos será iniciada após a leitura deste termo e assinatura do Termo de Participação da Pessoa como Sujeito, contendo duas vias, uma para os participantes e outra para a pesquisadora responsável.

Será realizada a análise de prontuários para coleta de informações sobre as características de cada participante da pesquisa e informações complementares serão fornecidas, mediante entrevista, pelos participantes do estudo. Posteriormente os cuidadores responderão um questionário sobre qualidade de vida, um questionário sobre sobrecarga, um questionário para avaliação do perfil econômico e um questionário para avaliação do perfil social. Os pacientes responderão um questionário sobre suas atividades e vida diária.

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 Acidente Vascular Encefálico, buscando por meio de evidências científicas descrever a qualidade de vida dos cuidadores familiares de pacientes adultos com sequela de Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores, visando construir programas e ações de saúde coletiva que ofereçam suporte para que estes pacientes e suas famílias/cuidadores fiquem melhor assistidos e menos vulneráveis ao impacto da sequela 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, os questionários serão respondidos 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 próprio serviço de psicologia do CRER, que dispõe de toda assistência necessária.. A indenização será estabelecida via processo judicial. Os pesquisadores se comprometem a acatar a decisão judicial.

Não está previsto ressarcimento de despesas aos participantes, decorrente da participação na pesquisa. A pesquisa não trará custos aos participantes, pois trata-se apenas de responder questionários no próprio local que os mesmos fazem tratamento. As despesas da pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores e caso haja eventuais gastos no decorrer do estudo, estes serão de responsabilidade também dos pesquisadores, sendo os participantes ressarcidos.

A participação na pesquisa é voluntária. Os participantes não receberão nenhum tipo de ressarcimento financeiro por participar da pesquisa. 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 irá acarretar 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 em Pesquisa da PUC- Goiás.

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 coordenadora do projeto, Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente. Após este período, todo o material será incinerado para garantir o sigilo dos resultados da pesquisa.

Os pesquisadores irão tratar 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.

Pesquisadora responsável

Prof. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente – (62) 84343686

Assinatura da pesquisadora responsável:

Cejane Oliveira Martins Prudente

Goiânia, ___ de _____ de 20__

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____, fui informado (a) e esclarecido (a) dos objetivos da pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E SEUS CUIDADORES, de maneira clara e detalhada pelas pesquisadoras. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim desejar. Foi garantido que o participante da pesquisa está livre para recusar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Por ser voluntária a participação no estudo, a recusa em participar da mesma não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. As pesquisadoras ainda certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa:

 Participante
 Goiânia, ____ de _____ de 20__.

Presenciamos a solicitação de Consentimento de Participação da Pessoa como Sujeito.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares:

ANEXOS

ANEXO A

*Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI)**

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 consigo.

Nas últimas 4 semanas	Não/Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<i>Sobrecarga emocional</i>					
1. Sente vontade de fugir 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 a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
<i>Implicações na vida pessoal</i>					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar 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 controlo 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 a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe 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 a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

*Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI)**

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 consigo.

Nas últimas 4 semanas	Não/ Nunca	Rara- mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<i>Sobrecarga emocional</i>					
1. Sente vontade de fugir 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 a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
<i>Implicações na vida pessoal</i>					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar 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 controlo 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 a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planejar o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe 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 a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

ANEXO B

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Desenvolvido pelo GRUPO WHOQOL no Brasil

Jr. Marcelo Pin de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre - RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	neutro/não satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS**Posse de Itens**

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga		Nomenclatura Atual		
Analfabeto/ Primário Incompleto		Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto		0
Primário completo/ Ginásio Incompleto		Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto		1
Ginásio completo/ Colégio Incompleto		Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto		2
Colégio completo/ Superior Incompleto		Médio Completo/ Superior Incompleto		4
Superior completo		Superior Completo		8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral (veremos):

Considerar os seguintes casos:

Bem alugado em caráter permanente

Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos:

Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisão. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras do rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os do(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxi, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lar e profissional) não devem ser considerados.

Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, sortida as máquinas automáticas e/ou semiautomática

O lanquino NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente.

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4)

correspondentes a posse de geladeira;

Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pts
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pts

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

Outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pele critério e classe D..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, do comportamento e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

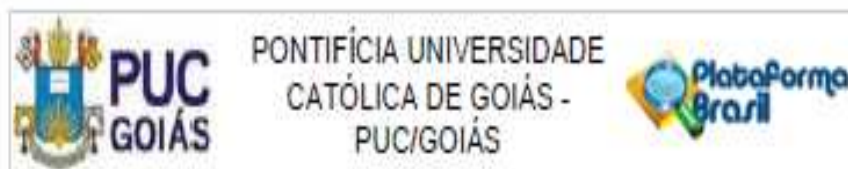
Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nestes casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)	
		2010	
A1	42 a 46	12.926	
A2	35 a 41	8.418	
B1	29 a 34	4.418	
B2	23 a 28	2.565	
C1	18 a 22	1.541	
C2	14 a 17	1.024	
D	8 a 13	714	
E	0 a 7	477	

ANEXO D

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E SEUS CUIDADORES

Pesquisador: Cejane Oliveira Martins Prudente

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14320813.7.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 492.465

Data da Relatoria: 09/10/2013

Apresentação do Projeto:

O Acidente Vascular Encefálico é definido como um sinal clínico de rápido desenvolvimento de perturbação focal da função cerebral, de suposta

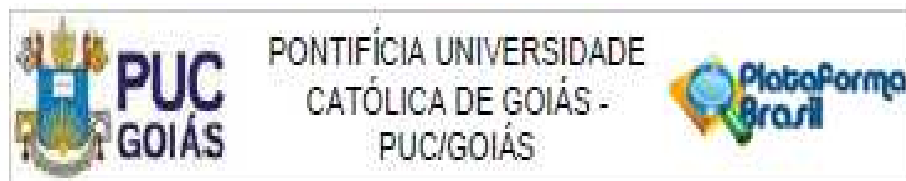
origem vascular e com mais de 24 horas de duração. As lesões encefálicas apresentam etiologias, quadros clínicos e físicos diversos e resultam na maioria das vezes, em alterações motoras, sensoriais, perceptuais, cognitivas e comportamentais, cujos déficits funcionais dependem da localização e extensão da lesão e da presença de distúrbios

associados. A permanência de sequelas incapacitantes pode alterar a dinâmica da vida do doente, pois o comprometimento físico irá limitar o desempenho nas atividades de vida diária, como a alimentação, higiene pessoal, locomoção, dentre outras,

fazendo com que o indivíduo se torne dependente de terceiros; podendo, desta forma, comprometer a sua qualidade de vida.

Acredita-se que a qualidade de vida dos pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores esteja comprometida em todos

os aspectos e que vários fatores, como o nível de independência na realização das atividades de



Continuação do Projeto: 462/465

vida diária, influenciam a qualidade de vida dos mesmos. Esta hipótese baseia-se nos estudos existentes na literatura e na prática profissional com esta população.

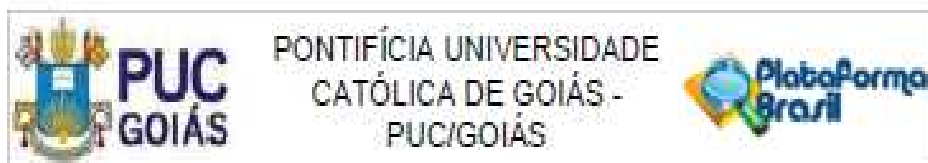
Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com uma abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra será composta por pacientes adultos e idosos com sequela de Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores informais familiares, que estejam em tratamento no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER).

meta do projeto-METAS

Ao longo do projeto pretende-se atingir as metas a seguir:

- ¿ Analisar a qualidade de vida de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores;
- ¿ Contribuir na formação de alunos de Iniciação Científica e Mestrado;
- ¿ Divulgar e publicar os resultados encontrados em eventos científicos da área;
- ¿ Publicar artigos em Periódicos Indexados Nacionais ou Internacionais.

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com uma abordagem quantitativa e qualitativa. -será delineada de acordo com as propostas metodológicas apresentadas por Glaser e Strauss em 1967 ao publicarem o livro *The Discovery of Grounded Theory*. amostra 200 indivíduos sera por recrutamento- A quantitativa/A amostra será composta por todos os pacientes adultos e idosos com sequela de Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores informais familiares, que estejam em tratamento no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), que obedecerem aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. amostra qualitativa-Serão entrevistados pacientes e cuidadores de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico. As entrevistas iniciais serão realizadas com os pacientes e cuidadores escolhidos por sorteio dentro da amostra quantitativa coleta dos dados- será realizado no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER). A pesquisa será realizada de agosto de 2013 à agosto de 2015, sendo que a coleta de dados ocorrerá de outubro de 2013 à dezembro de 2014. - Instrumento- de avaliação da qualidade de vida dos pacientes o questionário Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL) e para os cuidadores o instrumento geral de medida de qualidade de vida da Organização



Continuação do Termo: 492/493

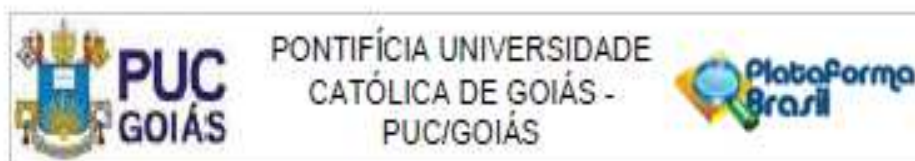
Mundial de Saúde (WHOQOL- bref). Para avaliar o nível de Independência na realização das atividades de vida diária será utilizado o Índice de Barthel. Os pacientes e seus cuidadores responderão uma ficha de perfil sócio-demográfico, desenvolvida pelos pesquisadores. -O Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL) foi originalmente desenvolvido para medir a qualidade de vida de indivíduos com seqüela de Acidente Vascular Encefálico. -O WHOQOL- bref é um instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida de populações adultas. -Entrevista semi-estruturada para coleta dos dados qualitativos, gravada por meio de aparelho mp4 e AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

-Procedimentos os pacientes e seus cuidadores serão selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo, a partir de informações fornecidas pelos profissionais ligados à reabilitação do CRER. -Os pacientes e seus cuidadores responderão, mediante entrevista, individualmente e em local reservado, a ficha de perfil sócio-demográfico (contendo informações gerais sobre os pacientes e seus cuidadores) e o questionário SSQOL e WHOQOL- bref, respectivamente. Além disso, os pacientes responderão o Índice de Barthel para avaliação das atividades básicas de vida diária. -Análise dos dados quantitativos-serão organizados em uma planilha eletrônica de Excel e transferidos para uma planilha do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 16.0) para a análise dos dados. Em todas as análises será adotado o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Análise dos dados qualitativos-serão transcritas e analisadas de acordo com a Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory) (CHARMAZ, 2009). —Critério de Inclusão:

Serão adotados como critérios de inclusão os pacientes e seus cuidadores informais familiares que consentirem em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Participação da Pessoa como Sujeito, com seqüela de Acidente Vascular Encefálico, com idade superior a 18 anos de idade e que estejam em processo de reabilitação no CRER.

Critério de Exclusão:

Serão adotados como critérios de exclusão os pacientes com doença neurológica progressiva, com lesão em nervos periféricos ou com comorbidades; e os cuidadores profissionais. - A análise dos dados obtidos sistematicamente terá como objetivo gerar uma teoria ou modelo conceitual que explique o fenômeno estudado- relação à coleta de dados, será realizada no CRER, que é considerado um centro de referência no atendimento a pacientes com seqüela de Acidente Vascular Encefálico, ou seja, dispõe de toda a amostra necessária neste estudo e espaço físico, inclusive salas individualizadas, para aplicação dos questionários—Atividades do projeto-2013



Continuação do Parecer: 492/405

2015

Serão pleiteadas junto à Pontifícia Universidade Católica de Goiás, bolsas de iniciação científica por meio do programa BIC/PUC- GO e PIBIC/ PUC-GO. Assim como carga horária de pesquisa para as professoras: colaboradoras e coordenadora.

Objetivo da Pesquisa:

avaliar a qualidade de vida de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores informais

secundários- *¿* Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com sequela neurológica e seus cuidadores, atendidos em uma instituição de reabilitação de Goiânia;

¿ primário- Avaliar o nível de independência na realização das atividades de vida diária de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico;

¿ Avaliar a qualidade de vida de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico no que se refere aos aspectos energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, auto-cuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/produktividade;

¿ Avaliar a qualidade de vida de cuidadores informais de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico no que se refere aos aspectos físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente;

¿ Analisar a influência da idade, sexo, renda familiar, profissão, escolaridade e tempo do Acidente Vascular Encefálico na qualidade de vida dos pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico;

¿ Verificar a influência do nível de independência na realização das atividades de vida diária na qualidade de vida de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico;

¿ Verificar a influência da idade, sexo e grau de parentesco com a qualidade de vida de cuidadores informais de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico;

¿ Verificar a influência do nível de independência na realização das atividades de vida diária de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico na qualidade de vida de seus cuidadores informais.

¿ Compreender quais os significados atribuídos pelos cuidadores, de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico, à tarefa de cuidar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

benefício -fortalecer o campo de pesquisa no Estado de Goiás na área da saúde, com foco em uma alteração de alta incidência que é o Acidente Vascular Encefálico, buscando por meio de evidências



Continuação do Pensar: 402-405

científicas descrever a qualidade de vida de pacientes adultos com seqüela de Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores, visando construir programas e ações de saúde coletiva que ofereçam suporte para que estes 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-Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, sendo que neste estudo a possibilidade de risco se refere ao aspecto psicológico,risco-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-encaminhados-os mesmos serão encaminhados ao próprio serviço de psicologia do CRER, que dispõe de toda assistência necessária.-As despesas da pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores e caso haja eventuais gastos no decorrer do estudo, estes serão de responsabilidade também dos pesquisadores, sendo os participantes ressarcidos.-A participação na pesquisa é voluntária –Os participantes não receberão nenhum tipo de ressarcimento financeiro por participar da pesquisa–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 irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

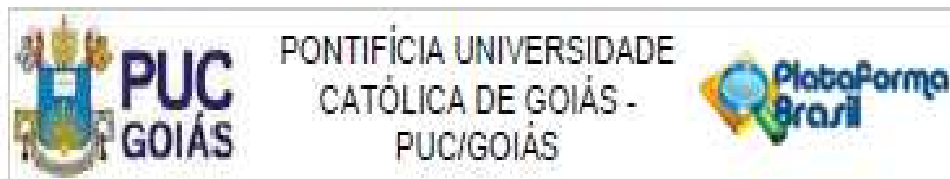
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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 em Pesquisa da PUC- Goiás.-do estudo serão divulgadas somente para fins científicos, sendo seus dados revelados por meio de eventos científicos e revistas científicas, em forma de artigo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O momento foi realizado revisão bibliográfica sobre a temática,confeção do projeto de pesquisa-O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC- Goiás. A pesquisa seguirá todas as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

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 coordenadora do projeto Profa. Dra. Dejana Oliveira Martins Prudente.-Após este período, todo o material será inonerado para garantir o sigilo dos resultados da pesquisa.-Este projeto dispõe de toda infraestrutura necessária para a realização da pesquisa.As reuniões individuais com os alunos de iniciação científica e mestrado serão realizadas na PUC-Goiás, em salas destinadas para este fim.



Continuação do Parecer: 462-465

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste CEP não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 13 de Dezembro de 2013

Assinador por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Anexo E

**INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES**

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva, e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista, deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

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.).

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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 biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. 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.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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 Souza⁴, a cidade..."
- As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

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)

Pelegrini MLM, 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.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

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.
Cronenberg 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.

ANEXO F

Revista Latino-Americana de Enfermagem
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
 Av. dos Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre. CEP: 14.040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil.
 Fone: 55 (16) 3315-4407/3315-3451

Suporte submissão: author@eerp.usp.br

Instruções aos autores

Preparo do artigo

Formato de arquivo.....	1
Estrutura	1
Papel	1
Quantidade de páginas	1
Formatação	1
Título.....	1
Resumo	1
Descritores	2
Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão	2
Introdução.....	2
Método	2
Resultados	2
Discussão.....	2
Conclusão	2
Tabelas.....	2
Figuras.....	3
Citações no texto	4
Siglas	4
Falas de sujeitos.....	4
Notas de Rodapé.....	4
Referências.....	4
Ensaio clínico randomizado, Revisões sistemáticas, Meta-análises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos.....	5
Estudos de tradução e validação de instrumentos.....	5

Preparo do artigo

Formato de arquivo

- . doc ou docx (MS Word)

Estrutura New!

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Papel

- . A4
- . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm

Quantidade de páginas

- . Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Numeração de páginas não é permitida.

Formatação New!

- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas)
- . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas

- . Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, lista numeradas ou lista com marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.

Título New!

- . Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras.
- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Negrito
- . Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

Resumo New!

O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser direcionada à sua apresentação.

O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto.

O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, conhecer.

O *Método* deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa. Os estudos descritivos devem apresentar o tipo de estudo, amostra, instrumento e o tipo de análise. Os estudos analíticos também devem acrescentar o número de sujeitos em diferentes grupos, desfecho primário, tipo de intervenção e o tempo do estudo.

Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos sujeitos e análise final dos dados.

As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os

resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os *Ensaio clínico* devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão
- . Redigido em um único parágrafo
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
- . Até 200 palavras

Descritores

- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Selecionados da lista de [Descritores em Ciências da Saúde](#) ou [Mesh](#)
- . Mínimo de 3 e máximo de 6
- . Separados entre si por ponto e vírgula
- . Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão New!

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra
- . Itens não permitidos: itálico, caixa alta, excessivas subseções, subseções com nomes extensos, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word.

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Método

Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

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. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

Discussão

A Discussão deve enfatizar 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.

Conclusão

A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses. Não citar referências bibliográficas.

Tabelas New!

Título

Informativo, claro e completo indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

- . a distribuição "do que / de quem"
- . de acordo com "o que" ela foi realizada
- . cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de

mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

. Localizado acima da tabela

Formatação

. Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word

. Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula

. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela

. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

Formatação não permitida

. Quebras de linhas utilizando a tecla Enter

. Recuos utilizando a tecla Tab

. Espaços para separar os dados

. Caixa alta

. Sublinhado

. Marcadores do MS Word

. Cores nas células

Cabeçalho

. Negrito

. Sem células vazias

Tamanho

. Evitar tabelas com mais de uma página

. Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Quantidade

. Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

. Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Inserção no texto

. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Notas de rodapé

. Restritas ao mínimo necessário

. Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Siglas

. Restritas ao mínimo necessário

. Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Valores monetários

Podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa. Se apresentados em dólares deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, se apresentados em salários mínimos deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país também em nota de rodapé.

Figuras New!

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Título

. Localizado abaixo da figura

Quadros

. São semelhantes às tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas

. Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.

. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Gráficos

. Não devem repetir os dados representados nas tabelas

. Plenamente legíveis e nítidos.

. Tamanho máximo de 16x10cm

. Em tons de cinza e não em cores

. Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura

Desenhos, esquemas e fluxogramas

. Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas

. Lógicos e de fácil compreensão

. Plenamente legíveis e nítidos.

. Em tons de cinza e não em cores

. Tamanho máximo de 16x10cm

. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Fotos

- . Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)
- . Plenamente legíveis e nítidas
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em preto e branco e não em cores
- . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas

Quantidade

- . Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Figura 1

Inserção no texto

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Siglas

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Notas de rodapé

- . Apresentadas entre a figura e o seu título
- . Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Formato e resolução para publicação

Poderá ser solicitado pela revista o reenvio da figura em alta resolução (mínimo de 900 dpi) e em formato de arquivo TIFF (sugere-se a intervenção de um profissional de artes gráficas).

Citações no texto**Formatação**

- . Números arábicos, sobrescritos, entre parênteses e em ordem crescente iniciando na citação 1. Ex: ¹⁾
- . Ordenadas consecutivamente, sem pular referência

Citações de referências sequenciais

- . separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ¹⁵⁻¹⁶⁾

Citações de referências intercaladas

- . separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ^(8,14)

Local de inserção

- . quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando

inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma

Citações "ipsis literis"

- . entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.

Itens não permitidos

- . espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede
- . indicação da página consultada
- . nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico
- . citações nas Conclusões

Siglas New!

- . No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem
- . Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡
- . Não são permitidas no título do artigo e no resumo

Falas de sujeitos

- . Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na seqüência do texto
- . Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

Notas de Rodapé New!

- . No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário
- . Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares.
- . Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Referências

- . Estilo Vancouver
- . Artigos Originais: até 25 referências
- . Artigos de Revisão: sem limite máximo
- . Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.
- . Referências da RLAE citadas em inglês

Ensaio clínico randomizado, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos New!

A RLAE apoia a iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa e, portanto, adota a utilização de guias internacionais que orientam os autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas publicados nas declarações internacionais CONSORT (ensaios clínicos randomizados), PRISMA (revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos) e seu uso na preparação do artigo pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

Ensaio clínico randomizado, Revisões sistemáticas e Metanálises

- Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, preenchê-los e enviá-los à revista no momento da submissão.

Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos

- Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, não preenchê-los e nem enviá-los no momento da submissão.

Links para download dos checklists e fluxogramas

- Ensaio clínico randomizado: [checklist](#) e [fluxograma](#) CONSORT em MS Word
- Revisões sistemáticas e metanálises: [checklist](#) e [fluxograma](#) PRISMA em MS Word
- Estudos observacionais em epidemiologia: [checklist](#) STROBE em pdf
- Estudos qualitativos: [checklist](#) COREQ publicado Int. Journal for Quality in Health Care em 2007 em formato de tabela no estudo *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*.

Estudos de tradução e validação de instrumentos New!

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.