



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA  
OCUPACIONAL**

---

**Independência e cognição pós-AVC e sua relação com  
a sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores  
familiares**

**CAMILA CAMINHA CARO**

SÃO CARLOS  
2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

# **Independência e cognição pós-AVC e sua relação com a sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores familiares**

**CAMILA CAMINHA CARO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Terapia Ocupacional (Área de Concentração Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos de Vida Diária) pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz.

SÃO CARLOS  
2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

C292ic Caro, Camila Caminha.  
Independência e cognição pós-AVC e sua relação com a sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores familiares / Camila Caminha Caro. -- São Carlos : UFSCar, 2015.  
173 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2015.

1. Terapia ocupacional. 2. Acidente vascular cerebral. 3. Cuidadores. 4. Cognição. 5. Qualidade de vida. 6. Estresse.  
I. Título.

CDD: 615.8515 (20<sup>a</sup>)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

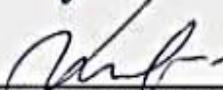
---

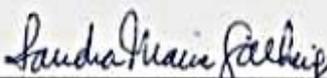
**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Camila Caminha Caro, realizada em 20/02/2015:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz  
UFSCar

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Luisa Guillaumon Emmel  
UFSCar

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Sandra Maria Galheigo  
USP

## DAS UTOPIAS

“Se as coisas são inatingíveis... ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos, se não fora  
A presença distante das estrelas!”

Mario Quintana

## RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das doenças crônicas que acarretam sequelas, sobretudo de origem motora e cognitiva, e que comprometem a capacidade funcional, tornando o sujeito dependente de cuidados. Nesse contexto, cabe ao familiar a tarefa de cuidar do indivíduo adoecido, auxiliando-o nas diversas atividades cotidianas. A possibilidade de tornar-se um cuidador provoca diversas mudanças na dinâmica familiar, nos papéis e no cotidiano dos sujeitos. O período prolongado de cuidado dispensado pode também gerar sobrecarga, alterações na saúde e, conseqüentemente, ameaças à qualidade de vida dos cuidadores. Este trabalho objetiva verificar a presença de correlações entre o nível de independência e cognição em sujeitos com AVC e o nível de sobrecarga, dor e qualidade de vida de seus cuidadores familiares. Buscou-se também identificar se as variáveis: idade do sujeito com AVC e do cuidador, tempo de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado, renda per capita, aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais dos cuidadores familiares interferem nessa relação. Para tanto, adotou-se uma pesquisa de correlação, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por sessenta (n=60) sujeitos, dos quais trinta (n=30) eram indivíduos adultos, do sexo masculino, com diagnóstico de AVC há mais de seis meses e inseridos em serviços de reabilitação; e os outros trinta (n=30) os seus respectivos cuidadores familiares, que haviam dispensado cuidados a esses sujeitos há mais de seis meses. Para a coleta de dados, procedeu-se com a aplicação de uma (i) Ficha de Identificação do sujeito com AVC, (ii) Mini Exame do Estado Mental e a (iii) Medida de Independência Funcional, dialogando com a (iv) Ficha de Identificação do cuidador, a (v) Escala de Zarit Burden Interview, a (vi) Escala Visual Analógica de Dor e a (vii) WHOQOL *Bref*, sendo que (i), (ii) e (iii) foram aplicados aos sujeitos com AVC e que (iv), (v), (vi) e (vii) aos seus cuidadores familiares. As análises dos dados debruçaram-se sob a abordagem quantitativa, utilizando-se de duas formas de análise, a saber, a descritiva simples e o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados constataram que os sujeitos com AVC com maiores níveis de dependência estavam relacionados a um maior número de alterações cognitivas e à necessidade de um maior tempo de reabilitação, bem como cuidadores de sujeitos com AVC mais sobrecarregados apresentaram maiores níveis de dor, sendo estas últimas condições também relacionadas a menores índices de qualidade entre eles. Concluiu-se que o presente estudo traz

dados importantes que possibilitam direcionamentos para novas políticas públicas, bem como ações no contexto da Terapia Ocupacional em relação ao cuidador familiar.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Atividades cotidianas; Cognição; Cuidadores; Qualidade de vida; Estresse Ocupacional; Dor Crônica.

## ABSTRACT

Stroke is one of the chronic diseases that cause impairment, mainly motor and cognitive ones, which can compromise the functional capacity, making the subject dependent of care. In this context, it is family's responsibility to take care for the ill individual, assisting him in several everyday activities. The possibility of being a caregiver causes many changes in family dynamics, in the roles and in people's everyday lives. The extended period of care dispensed to the ill individual can also generate overburden and pain and hence threats to the quality of life of caregivers. This study aims to verify the presence of correlations between the level of independence and cognition in subjects with stroke and the level of overburden, pain and quality of life of their family caregivers. We sought to identify if the variables: age of the subject with stroke and caregiver, length of injury, rehabilitation and dispensed care, per capita income, physical, psychological, social and environmental aspects of family caregivers interfere in this relationship. Therefore, we adopted a correlation research with a quantitative approach. The sample consisted of sixty ( $n = 60$ ) subjects, of which thirty ( $n = 30$ ) were adults, male, with stroke diagnosis for more than six months and placed in rehabilitation services; and the other thirty ( $n = 30$ ) their respective family caregivers, who had dispensed care to these individuals for more than six months. To collect data, we proceeded with the application of an (i) Form with data about the subject with stroke, (ii) Mini-Mental Scale and (iii) the Functional the Independence Measure (iv) Form caregiver identification, to (v) Zarit Burden Interview Scale, the (vi) Visual Analogue Scale of Pain and (vii) WHOQOL *Bref*, and (i), (ii) and (iii) were applied to subjects with stroke and (iv), (v), (vi) and (vii) to their family caregivers. Data analysis is based on a quantitative approach, using three forms of analysis, namely the simple descriptive, factorial and the Pearson correlation coefficient. In results, we presented findings that subjects with higher dependence levels were related to a greater number of cognitive impairment resulting from stroke and the need for further rehabilitation time as well as caregivers of over burdened stroke subjects showed higher levels of pain, with the latter conditions also related to lower levels of quality between them. It's concluded that this research provided important data which can foster new public policies, as well as actions related to Occupational Therapy, especially the ones which include the familiar caregiver.

**Keywords:** Stroke; Daily activities; Cognition; Caregivers; Quality of life; Occupational Stress; Chronic Pain.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Atividades exercidas pelos sujeitos antes e após o AVC (n=30).....	39
Gráfico 2: Problemas de saúde associados ao AVC (n=26).....	40
Gráfico 3: Tipos de dispositivos de ajuda utilizados pelos sujeitos com AVC (n=20).....	42
Gráfico 4: Nível de independência Funcional segundo a MIF (n=30).....	43
Gráfico 5: Nível de independência motora da amostra (n=30) .....	45
Gráfico 6: Nível de independência cognitiva da amostra (n=30).....	46
Gráfico 7: Hemisférios cerebrais e os níveis de independência (n=29).....	47
Gráfico 8: Hemisférios cerebrais e a pontuação da independência motora, cognitiva e total (n=29) .....	47
Gráfico 9: Avaliação das funções cognitivas segundo o MEEM (n=30).....	49
Gráfico 10: Hemisférios cerebrais e as funções cognitivas (n=29).....	49
Gráfico 11: Profissões exercidas pelos cuidadores anteriormente ao cuidado (n=26).....	52
Gráfico 12: Profissões dos cuidadores em exercício profissional no momento da coleta (n=10) .	52
Gráfico 13: Proeminência dos problemas de saúde dos cuidadores (n=25).....	54
Gráfico 14: Problemas emocionais entre os cuidadores (n=10).....	54
Gráfico 15: Familiares que auxiliam no cuidado da pessoa com AVC (n=15).....	57
Gráfico 16: Cuidado com outros familiares (n=10) .....	57
Gráfico 17: Classificação do nível de sobrecarga (n=30) .....	59
Gráfico 18: Nota de corte preditiva para risco de desenvolvimento de depressão (n=30).....	60
Gráfico 19: Valor médio dos Domínios e do WB Total (n=30).....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Sujeitos do Serviço 1 .....	33
Tabela 2: Sujeitos do Serviço 2 excluídos da amostra .....	34
Tabela 3: Dados sociodemográficos dos sujeitos com AVC (n=30) .....	38
Tabela 4: Atividade profissional antes e após o AVC e qualificação dos sujeitos (n=30) .....	39
Tabela 5: Características do AVC sofrido pelos sujeitos (n=30) .....	40
Tabela 6: Tempo de lesão e reabilitação dos sujeitos com AVC (n=30) .....	41
Tabela 7: Aspectos funcionais dos sujeitos com AVC (n=30).....	42
Tabela 8: Dados da MIF (n=30).....	43
Tabela 9: Média de cada item da MIF (n=30).....	44
Tabela 10: Dados MEEM (n=30).....	48
Tabela 11: Pontuação média no MEEM de acordo com cada nota de corte (n=30) .....	48
Tabela 12: Dados sociodemográficos dos cuidadores (n=30).....	50
Tabela 13: Escolaridade e Situação Profissional (n=30).....	51
Tabela 14: Renda per capita (n=30) .....	53
Tabela 15: Problemas de saúde nos cuidadores (n=30) .....	53
Tabela 16: EVA (n=30).....	55
Tabela 17: Tratamentos de saúde (n=30) .....	55
Tabela 18: Uso de álcool e cigarro entre os cuidadores (n=30) .....	56
Tabela 19: Características do cuidado (n=30).....	56
Tabela 20: Atividades cotidianas (n=30) .....	58
Tabela 21: Aspectos religiosos (n=30).....	58
Tabela 22: Dados sobrecarga (n=30) .....	59
Tabela 23: Dados qualidade de vida .....	60
Tabela 24: Descrição das variáveis analisadas – Parte 1 .....	62
Tabela 25: Matriz de correlações para variáveis específicas .....	63
Tabela 26: Intensidade das correlações significativas.....	64
Tabela 27: Descrição das variáveis analisadas – Parte 2 .....	65
Tabela 28: Correlações para a idade do cuidador .....	66
Tabela 29: Correlações para a renda per capita.....	67
Tabela 30: Correlações para os domínios da qualidade de vida .....	67

Tabela 31: Intensidade das correlações significativas 2.....68

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	1
1. INTRODUÇÃO .....	8
1.1. As doenças crônicas e o cuidador familiar.....	8
1.2. A sobrecarga nos cuidadores familiares.....	12
1.3. A dor nos cuidadores familiares.....	15
1.4. A qualidade de vida nos cuidadores familiares.....	16
1.6. O Impacto do AVC no cuidador familiar.....	22
2. OBJETIVOS.....	25
2.1. Objetivo Geral.....	25
2.2. Objetivo Específico.....	25
2.3. Hipóteses.....	26
3. MÉTODO.....	27
3.1. Tipo e abordagem de pesquisa.....	27
3.2. Amostra.....	27
3.3. Local de coleta.....	28
3.4. Instrumentos de coleta de dados.....	28
3.5. Procedimentos para coleta de dados.....	32
3.6. Procedimentos para a análise de dados.....	35
3.6.1. Análise descritiva simples.....	35
3.6.2. Coeficiente de correlação de Pearson.....	35
4. RESULTADOS.....	38
4.1. Análise Descritiva.....	38
4.1.1. Sujeitos com AVC.....	38
4.1.1.1. Caracterização da amostra – dados sociodemográficos.....	38
4.1.1.2. Aspectos relacionados ao AVC.....	40
4.1.1.3. Independência funcional.....	43
4.1.1.4. Cognição.....	48
4.1.2. Cuidadores.....	50
4.1.2.1. Caracterização da amostra – dados sociodemográficos.....	50

4.1.2.2. Aspectos relacionados à saúde dos cuidadores .....	53
4.1.2.3. Aspectos relacionados ao cuidado.....	56
4.1.2.4. Aspectos cotidianos.....	58
4.1.2.5. Sobrecarga relacionada ao cuidado .....	59
4.1.2.6. Qualidade de vida.....	60
4.2. Coeficiente de Correlação de Pearson.....	62
4.3.1. Parte 1.....	62
4.3.2. Parte 2.....	65
5. DISCUSSÃO.....	69
5.1. Sujeitos com AVC.....	69
5.1.1. Características sociodemográficas .....	69
5.1.2. Escolaridade e atividades profissionais.....	69
5.1.3. Características do AVC.....	72
5.1.4. Independência funcional .....	74
5.1.5. Cognição.....	77
5.2. Cuidadores dos Sujeitos com AVC.....	78
5.2.1. Perfil sociodemográfico .....	78
5.2.2. Escolaridade e atividades profissionais.....	79
5.2.3. Saúde dos cuidadores .....	82
5.2.4. Aspectos relacionados ao cuidado.....	85
5.2.5. Aspectos cotidianos.....	86
5.3. Correlações.....	91
5.3.1. Independência e cognição nos sujeitos com AVC .....	92
5.3.2. Sobrecarga, dor e qualidade de vida nos cuidadores familiares.....	92
5.3.3. Independência e cognição e sobrecarga, dor e qualidade de vida.....	93
5.3.4. Tempo de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado .....	94
5.3.5. Idade dos sujeitos com AVC e idade do cuidador familiar.....	96
5.3.6. Renda per capita.....	97
5.3.7. Aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais relacionados à qualidade de vida.....	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	100
REFERÊNCIAS.....	103

APÊNDICES .....	128
APÊNDICES A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO.....	129
APÊNDICE A1 – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO COM AVC .....	129
APÊNDICE A2 – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR.....	130
APÊNDICES B – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	132
APENCIDE B1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO INDIVÍDUO COM AVC .....	132
APÊNDICE B2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CUIDADOR FAMILIAR .....	135
APÊNCIDE C – METODOLOGIA.....	138
APÊNDICE C1 – ANÁLISE FATORIAL.....	138
APÊNDICE C2– COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON – CÁLCULO.....	140
APÊNCIDE D – RESULTADOS .....	141
APÊNDICE D1 – ANÁLISES DESCRITIVAS.....	141
APÊNDICE D2 – ANÁLISE FATORIAL .....	147
ANEXOS.....	158
ANEXOS A – INSTRUMENTOS PADRONIZADOS.....	159
ANEXO A1 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	159
ANEXO A2 – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF).....	161
ANEXO A3 – ESCALA ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI).....	163
ANEXO A4 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR (EVA).....	166
ANEXO A5 –WHOQOL BREF (WB).....	167
ANEXOS B – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA. 170	
ANEXO B1 – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS .....	170
ANEXO B2 – FOLHA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DA CIDADE NA QUAL OS DADOS FORAM COLETADOS .....	173

## APRESENTAÇÃO

---

Meu objetivo ao escrever esta apresentação consiste em exercitar o raciocínio de uma trajetória e expor minha experiência, ainda que curta, na área de Terapia Ocupacional, proporcionando reflexões e percepções acerca das conquistas trilhadas. Fundamenta-se também em explicar como o tema “cuidadores de sujeitos com AVC” se tornou tão relevante em minha prática, motivando-me a estudá-lo de forma mais aprofundada no programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar.

A escolha pelo tema “cuidadores” relaciona-se diretamente com minhas experiências pessoais e, principalmente, com minha prática clínica na área de Terapia Ocupacional.

Sou graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos, especialista em Neurociências e Reabilitação pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e membro da equipe multidisciplinar de um centro especializado em reabilitação física de sujeitos com lesões neurológicas.

Os primeiros contatos com o tema partiram de situações cotidianas da minha adolescência, ainda com um olhar leigo a respeito do tema, quando minha avó paterna recebeu o diagnóstico de Doença de Parkinson e precisou de cuidados. Ela já não andava com tanta velocidade, apresentando desequilíbrios e dificuldades para realizar as atividades cotidianas. Por diversas vezes, eu a acompanhei e a auxiliei nas atividades mais corriqueiras, como, por exemplo, buscando água ou algum alimento nos períodos em que estava cansada, prestando ajuda nas transferências e marcha e até mesmo em relação ao uso do banheiro.

O tempo passou e a doença progrediu acrescida aos aspectos inerentes ao processo de envelhecimento. Assim, minha avó tornou-se cada vez mais dependente de cuidados por parte de familiares, e até mesmo de cuidadores formais. Por diversas vezes vivenciei as dificuldades e angústias com as quais um familiar entra em contato ao ver alguém querido em situação de dependência de cuidados básicos.

Os filhos, as noras, os netos e até mesmo cunhadas e irmãs mobilizaram-se para de alguma forma auxiliá-la, seja levando-a aos tratamentos e passeios, auxiliando-a na realização das atividades de autocuidado, cuidado com a casa e, até mesmo com a administração de medicamentos. Meu tio mais velho, que sempre residiu com ela, foi quem se tornou o principal

responsável pelo cuidado. Sempre vi nele muita preocupação e compromisso. Cuidar da minha avó era mais que uma de suas atividades cotidianas, era um dos seus principais papéis.

Esse tio adaptou toda sua rotina e estilo de vida. Passou a trabalhar no próprio domicílio e, posteriormente, optou pelo trabalho como autônomo, de modo a controlar melhor as suas saídas de casa. Diminuiu a frequência das atividades de lazer, principalmente nos períodos noturnos, e passou a se responsabilizar por uma série de atividades cotidianas, nunca antes desempenhadas, tais como atividades domésticas de cuidados com a casa e preparo de alimentos e atividades de cuidado com o outro, como administrar medicações, auxiliar na mobilidade e nas atividades autocuidado, além de acompanhar as consultas e tratamentos de saúde.

Posteriormente, minha escolha pela graduação em Terapia Ocupacional proporcionou-me, de modo mais intenso, uma aproximação com o tema “cuidadores”, dessa vez com um olhar profissional. Tive o privilégio de conhecer uma diversidade de pessoas que se dedicavam ao cuidado de familiares em situação de dependência devido a diversas condições de saúde, a saber: Paralisia Cerebral, Doença de Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Esquizofrenia, Depressão, dentre outras.

Independente do diagnóstico, das limitações funcionais e da condição socioeconômica observava-se uma série de mudanças nas dinâmicas familiares, nos papéis, nas rotinas, bem como diversas dificuldades no enfrentamento da situação por parte dos cuidadores familiares. Era uma mistura de renúncia, dor, amor, trocas e sobrecarga. Pais idosos que, deveriam ser cuidados, passaram a dispensar cuidados aos filhos, filhos aos pais, esposas aos maridos, ou vice-versa. Familiares diversos: cunhado (a), sobrinho (a), sogro (a), avô (a), neto (a) se mobilizavam de todas as partes para cuidar de seus entes, deixando muitas vezes suas atividades rotineiras, até mesmo as profissionais.

Recordo-me que em uma das minhas primeiras experiências profissionais conheci uma senhora, diagnosticada com Doença de Alzheimer na fase inicial, e que já necessitava de cuidados para cozinhar e cuidar da casa, pois sempre se colocava em situações de risco, como esquecer algum recado importante, a chama do fogão acesa ou até mesmo algum aparelho eletrônico ligado. O marido, com quem residia, mobilizou-se para dispensar-lhe cuidados, sendo perceptível a presença de diversas mudanças em sua rotina, como, por exemplo, a diminuição das atividades de lazer e das saídas de casa que, antes eram frequentes, além de dificuldades em lidar com o humor deprimido da esposa.

Após a formatura, minha relação com cuidadores estreitou-se em decorrência de um acompanhamento prolongado com sujeitos que apresentavam limitações decorrentes de desordens neurológicas. Trocar fraldas, dar banho, trocar roupas, levar ao banheiro, realizar transferências, tirar e colocar na cama, conduzir a cadeira de rodas, alimentar e auxiliar na locomoção foram algumas entre as diversas atividades relatadas diariamente pelos cuidadores. Por diversas vezes foi possível observar o cansaço e a sobrecarga, decorrentes dessas atividades, além de diversos discursos que faziam menção ao impacto do cuidar, não só do ponto de vista físico, como dores pelo corpo e cansaço, mas também do ponto de vista psicológico.

O contato com os cuidadores de sujeitos com AVC foram os mais intensos, em decorrência do grande número de indivíduos atendidos com essa doença em minha prática profissional. Cada contato me possibilitou enxergar de forma mais aproximada as diversas dificuldades que os sujeitos com AVC e seus cuidadores enfrentam em seu cotidiano: alterações cognitivas, comportamentais, sensoriais e motoras, as quais, muitas vezes, ocasionam situações de dependência, necessidade de cuidados constantes e mudanças na rotina familiar.

Vivenciei uma experiência marcante em contato com um senhor de meia idade que havia sofrido um AVC e apresentava alterações comportamentais, cognitivas e motoras em decorrência da doença. Aquele que sempre trabalhou e foi o provedor da casa, tornou-se totalmente dependente de cuidados da esposa. Anteriormente residiam em região rural, contudo em decorrência do adoecimento, passaram a morar em uma região urbana, tendo em vista a dificuldade de acesso que o antigo local ocasionava. A esposa, sempre muito ansiosa e preocupada, buscava apreender o máximo de informações e orientações possíveis. Deixou sua casa, suas atividades e toda sua rotina em prol dos cuidados com o cônjuge. A expectativa de melhora era altíssima, bem como o desejo de que o mesmo conseguisse voltar a realizar seu autocuidado. Foram observadas alterações na rotina da esposa, bem como queixas e dificuldades para lidar com a nova condição imposta.

Outro caso, com a qual me deparei, foi de uma senhora já aposentada, porém muito ativa anteriormente ao AVC, que passou a apresentar sequelas de hemiparesia e grandes dificuldades na comunicação, orientação temporal e espacial. Seu marido, que também era muito ativo, tornou-se seu cuidador, e passou a acompanhar diariamente em todos os seus tratamentos, além de auxiliá-la no autocuidado, cuidados com a casa e preparo de alimentos. Este passou a assumir

novos papéis nunca antes desempenhados e modificou toda sua rotina diante da nova condição de saúde da companheira.

Recordo-me também de um senhor em idade adulta, que durante toda a vida foi o provedor da casa, entretanto, em decorrência de um AVC, vivenciou um período de seis meses na cadeira de rodas e, mais tarde, passou a deambular com auxílio de bengala. O ocorrido deixou-o com seqüela de hemiparesia e dificuldades na expressão da fala, limitações estas que resultaram em alterações significativas no desempenho das atividades cotidianas. O referido passou a receber supervisão e ajuda para algumas atividades de autocuidado e locomoção, e sua volta ao trabalho foi interrompida de forma definitiva com a aposentadoria por invalidez. Tal fato ocasionou diversas mudanças na rotina familiar: os filhos passaram a ajudar o pai em suas dificuldades e, em decorrência da perda econômica familiar, a esposa e a filha ingressaram no mercado de trabalho.

Independentemente do nível funcional e das dificuldades apresentadas pelos sujeitos com AVC, foi possível observar que os cuidadores demonstravam alterações na sua rotina e papéis, acúmulo de atividades, sobrecarga, alterações na saúde, além de expectativas diversas no que se refere ao familiar.

Essas e tantas outras experiências profissionais na área de reabilitação de sujeitos com AVC motivaram-me a estudar e tentar compreender melhor as questões que permeiam o cuidador familiar. Diante disso, propus-me a iniciar um novo desafio: estudar de forma aprofundada as possíveis relações entre o nível de independência em atividades de vida diária e cognição em sujeitos com AVC e o nível de sobrecarga, dor e qualidade de vida dos respectivos cuidadores familiares. Minha escolha foi debruçar-me sobre o tema através de um projeto de mestrado. Eis o desafio!

## AGRADECIMENTOS

---

O agradecimento é um meio de materialização do sentimento de gratidão, de forma a tornar conhecido tudo o que fez a diferença em nossa trajetória. Agradecer diz mais a respeito de nós mesmos do que do outro, na medida em que desperta a sensibilidade em relação aos detalhes do cotidiano: a palavra que fortalece, o incentivo que motiva, o sorriso que alegra, o auxílio que surpreende, a informação que direciona...

Qualquer trajetória é recheada de vivências alegres e prazerosas, assim como de momentos difíceis e dolorosos. A somatória dessas experiências sempre contribui para o crescimento e amadurecimento, aprimorando-nos. E assim foram os dois últimos anos: caracterizados por uma multiplicidade de sentimentos, os quais foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Inicialmente agradeço a Deus, por seu amor imensurável que me concedeu a oportunidade de vivenciar uma infinidade de experiências, dentre elas o mestrado, e por me presentear com pessoas que possibilitaram a concretização desta conquista.

Aos meus queridos pais, João e Maria, pelo amor e carinho, muitas vezes não expressos em palavras, porém visíveis em gestos cotidianos e em uma dedicação que perdura imutável até os dias atuais. Infelizmente, ambos não tiveram a oportunidade de concluir sequer o ensino fundamental na infância, entretanto, sempre me ensinaram a importância da educação, me incentivando e apoiando em cada escolha profissional. Agradeço, sobretudo, por me ensinarem que, mesmo com todas as adversidades da vida e até mesmo com o tempo transcorrido, ainda é tempo de acreditar e recomeçar.

Ao meu namorado, Victor, que tornou os meus dias mais doces e alegres. Agradeço por todo o amor demonstrado tanto em gestos, quanto em palavras. Seu apoio e incentivo em todas as minhas escolhas, sua companhia durante as longas jornadas de trabalho e sua compreensão sobre a minha ausência em diversas situações foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. É maravilhoso ter você vibrando comigo a cada conquista!

Aos meus familiares: meu irmão Rafael, pela escuta e companheirismo nos momentos difíceis e pelas risadas despertadas nos momentos de estresse e cansaço; à minha avó, Doracy, pelas ligações ternas e pelos abraços apertados nos fins de tarde, quando a força já se tornara

escassa. Agradeço também aos tios, tias, primos e primas, que perto ou longe, sempre trouxeram palavras de orgulho e ânimo ou que, mesmo sem palavras, sempre estiveram torcendo por minha felicidade.

Às minhas queridas amigas Josiane Aniele Scarpassa e Fernanda Aparecida Freitas de Almeida, que mais do que amigas têm sido irmãs. Independentemente da distância física, sempre estiveram muito próximas emocionalmente, fazendo minha alegria a cada ligação, mensagem ou visita recebida e sempre colorindo meus dias com momentos de descontração e acolhimento. Sou grata por todos esses anos de amizade, que nem o tempo, nem a distância apagaram, pelo contrário, mostraram o quanto são fortes os nossos laços e o quanto uma amizade verdadeira faz a diferença em qualquer trajetória. Obrigada por sempre me mostrarem os outros lados da vida, com novas perspectivas e horizontes. Sou apaixonada por vocês!

Aos colegas e amigos de trabalho que, assim como meus familiares, vivenciaram diariamente as etapas deste processo, sempre com muita compreensão. Em especial, agradeço à Sabrina Angélica Favarão, Vagner Augusto Takahashi Arakawa e Emanuelli Virginia Betoli de Andrade, que estiveram mais próximos. Sou imensamente grata pelo auxílio nos momentos em que precisei me ausentar, pelos incentivos e pela vibração a cada conquista. É um prazer trabalhar com vocês!

Às colegas e amigas que o mestrado possibilitou encontrar. Foi um prazer dividir esta trajetória com vocês. Em especial, agradeço à Ana Célia Nunes que, embora distante fisicamente, sempre se fez presente, quase que diariamente. Sou grata pelo compartilhamento de uma infinidade de vivências, e por tantas conversas e trocas, que fortaleceram minhas forças durante esse último ano. Sem você não seria a mesma coisa!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz, que mais do que um docente, também foi um amigo. Especialista em simplificar todas as coisas e torná-las acessíveis, sempre esbanjando palavras de ânimo e positividade, não me recorda contatá-lo e retornar sem me sentir mais tranquila. Sou imensamente grata pelo privilégio de ser a sua primeira orientanda e de aprender com sua vasta experiência, não apenas no âmbito acadêmico, mas também sobre tantas coisas da vida. Obrigada pela compreensão e incentivo e, acima de tudo, por acreditar em mim. É um prazer trabalhar com você!

À Secretaria de Saúde e aos serviços de saúde que abriram as portas para minha pesquisa, possibilitando a coleta dos dados; e a todos os profissionais das equipes multidisciplinares, que

prontamente me auxiliaram durante os procedimentos de indicação e triagem dos sujeitos. Agradeço pela recepção e acolhimento, bem como pela confiança e respaldo durante todo o processo.

Aos sujeitos que aceitaram participar como voluntários desta pesquisa, por me receberem de braços abertos em seus domicílios e compartilharem um pouco de suas vivências e realidades, apesar dos múltiplos compromissos e tarefas cotidianas a que se prestam. Agradeço pelo tratamento generoso e amável, inclusive estendendo convites para um retorno em outras oportunidades. As coletas não se restringiram a dados científicos, mas a lindas histórias de vida, exemplos de amor e dedicação em meio a tantas adversidades.

Por fim, após tantos motivos de celebração, agradeço pela finalização deste desafio, que mais do que de uma etapa ou um título de pós-graduação, consistiu na realização de um grande sonho.

## 1. INTRODUÇÃO

---

### 1.1. As doenças crônicas e o cuidador familiar

As doenças crônicas comprometem a capacidade funcional e, muitas vezes, levam o indivíduo a sequelas permanentes e a um longo período de recuperação, causando também dependência prolongada e necessidade de cuidados constantes, tanto para suas atividades cotidianas quanto para contatos sociais, apoio emocional e ajuda financeira. Nesses casos faz-se necessário um cuidador para auxiliar esse sujeito (PERLINI; FARO, 2005).

O termo cuidador pode ser estendido a qualquer indivíduo que vivencia o ato de cuidado do outro; sendo esta uma atividade que pode realizar-se em diferentes contextos, com diferentes pessoas, em diversas situações da vida (CALDAS, 2000). O cuidado, geralmente, é exercido em relação aos sujeitos com limitações em sua capacidade funcional, em decorrência de alguma doença crônica, deficiência ou condição limitante relacionada ao processo de envelhecimento.

O cuidado é classificado no âmbito da saúde em: autocuidado, cuidado informal, cuidado formal, e cuidado institucionalizado. O primeiro refere-se ao cuidado realizado cotidianamente, visando a automanutenção do sujeito; o segundo é aquele prestado por membros da família ou comunidade aos indivíduos com restrições no seu autocuidado; o terceiro consiste naquele prestado por agências do sistema formal de saúde ou por profissionais autônomos no âmbito domiciliar; e o último diz respeito aos casos em que se faz necessário um cuidado mais complexo, devido ao esgotamento dos recursos para a manutenção do indivíduo no âmbito doméstico (CARLETTHI, 1996).

O Ministério da Saúde entende o cuidado informal como aquele exercido por algum membro da família ou da comunidade, e o formal como aquele exercido por profissional com formação especializada em alguma instituição de ensino para prestação de cuidados domiciliares, sendo a característica principal a remuneração (BRASIL, 2006; 2012).

Trata-se aqui do cuidador informal, não remunerado e com ligações familiares em relação ao indivíduo em situação de dependência. Essa escolha deu-se em decorrência do grande impacto nas relações familiares, tanto do ponto de vista econômico, quanto do ponto de vista social, devido à perda e/ou modificação de papéis ocupacionais, bem como pelo fato deste ser o

principal responsável pela função de apoio e cuidado em situações de dependência (KAWASAKI; DIOGO, 2001; SERNA; SOUSA, 2006).

Não há um consenso na literatura científica em relação a uma terminologia para se referir a esse tipo de cuidador. Mendes, Miranda e Borges (2010) utilizam o termo cuidador domiciliar; Karsch (2003) cuidador informal; Souza, Wegner e Gorine (2007) cuidador leigo; Mazza e Lefèvre (2005) e Wong e Carvalho (2006) cuidador familiar<sup>1</sup>.

O cuidador familiar é definido por Cattani e Girardon-Perlini (2004) como o indivíduo que possui vínculos parentais e que assume a responsabilidade direta ou não pelo cuidado de um membro da família que se encontra doente ou dependente. Esse cuidado, na maioria das vezes, é desempenhado por um único indivíduo, sem a ajuda de outros familiares ou de profissionais com formação especializada (KAWASAKI; DIOGO, 2001).

Para compreender melhor esse termo, acrescenta-se aqui a definição de família, que segundo o dicionário Michaelis (1998) é o conjunto de pessoas, em geral, ligadas por laços de parentesco, que vivem sob o mesmo teto, particularmente o pai, a mãe e os filhos; pessoas do mesmo sangue ou não, ligadas entre si por casamento, filiação ou adoção, e que vivem ou não em comum.

Acrescenta-se que a palavra “família” não abrange somente pessoas ligadas por laços consanguíneos, mas também aquelas com vínculos emocionais. Pelzer e Fernandes (1997) definem família como:

[...] a esfera íntima da existência que une por laços consanguíneos ou por afetividades os seres humanos. Como unidade básica de relacionamentos é a fonte primária de suporte social, onde se almeja uma atmosfera afetiva comum, de aquisição de competência e de interação entre seus membros (PELZER; FERNANDES, 1997, p.340).

Histórica e culturalmente o cuidado era exercido no contexto da família multigeracional, no âmbito doméstico, por pessoas sem formação profissional. Nesse cenário, destinava-se aos

---

<sup>1</sup> Em função da multiplicidade de terminologias, o termo cuidador familiar será o utilizado na presente pesquisa, pois se acredita ser o mais esclarecedor, tendo em vista que se pretende referir à pessoa que dispensa o cuidado ao indivíduo em situação de dependência no âmbito familiar, atuando sem remuneração e/ou formação profissional especializada.

familiares o cuidado com os indivíduos em situação de dependência, sendo a figura feminina a principal responsável por esse papel (WATANABE; DERNIL, 2005).

Tradicional e historicamente, o papel de cuidadora é atribuído à mulher. Geralmente, quando esta reside no mesmo domicílio do sujeito em condição de dependência, torna-se cuidadora, seja do cônjuge, pais ou até mesmo filhos e irmãos. Devido a razões predominantemente culturais, o papel da mulher como cuidadora ainda é uma atribuição esperada pela sociedade (KARSCHI, 2003).

O atual perfil do cuidador brasileiro mantém essas características históricas e culturais. Estudos nacionais apontam que o cuidado geralmente é exercido pelos cônjuges e pelos filhos, sobretudo mulheres, na faixa etária de 45 a 50 anos, solteiras ou casadas, e na maioria das vezes já aposentadas (PAULA; MARCON, 2001; KARSCH, 2003; MAZZA; LEFÈVRE, 2005; BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Estudos identificaram diversas atividades desempenhadas pelos cuidadores familiares, tais quais: higiene, vestuário, posicionamento, eliminação vesical, preparo da alimentação, administração de medicação, auxílio na locomoção, estímulo para exercícios físicos, atividades de lazer e acompanhamento em consultas médicas. As atividades demandam maior ou menor auxílio por parte do cuidador de acordo com o grau de incapacidade do familiar (FARO, 1999; PERLINI; FARO, 2005).

As tarefas de um cuidador familiar ultrapassam tais atividades, estritamente voltadas ao indivíduo adoecido, e estendem também as atividades de cuidados com a casa e administração financeira da família, como orçamento, manutenção do lar e cuidados com despesas médico-hospitalares (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

As atividades de cuidado com o familiar podem ser categorizadas em dois grupos: (1) atividades da vida diária (AVDs) – alimentação, integridade cutânea, higiene, eliminações vesicais, terapêutica, locomoção e movimentação do ser cuidado; (2) atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) – preparo de refeições, lavar e passar as roupas, limpar a casa e realizar tarefas extradomiciliares (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

Assumir o cuidado de um familiar em situação de adoecimento pode ocasionar modificações no cotidiano, que muitas vezes não são desejadas ou passíveis de escolha (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008). Uma das principais alterações no cotidiano dos cuidadores familiares refere-se à diminuição na participação, bem como redefinição das relações

sociais e projetos de vida, já que tal tarefa exige a inserção do cuidador no cotidiano do sujeito adoecido de forma completa.

As modificações nas relações sociais e na participação dos cuidadores dão-se em decorrência das atividades cotidianas estritamente focadas no outro e no cuidado, de forma a diminuir as possibilidades do surgimento e manutenção de relações e trocas sociais do indivíduo (OMS, 2000). Além disso, estas podem limitar-se em decorrência da diminuição nas possibilidades e tempo para as atividades de lazer, decorrentes da tensão, cansaço físico e compromissos assumidos na tarefa de cuidar (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

As alterações nas relações familiares podem ser mais ou menos conflituosas, de acordo com os projetos de vida de cada sujeito. No caso de casais, essa relação pode ser menos conflituosa em decorrência do compartilhamento de projetos de vida e da vivência em comum entre os cônjuges, ao contrário do que acontece com os filhos, que, muitas vezes, necessitam deixar ou compartilhar seus projetos em razão do familiar (MENDES et al, 2007).

Uma das modificações relacionadas ao projeto de vida dos cuidadores refere-se ao aspecto laboral. Em decorrência das atividades relacionadas ao cuidado, frequentemente, o cuidador necessita realizar um revezamento entre a atividade de cuidado com o familiar e o trabalho formal ou, até mesmo, ausentar-se do mercado de trabalho, fator esse que também contribui para dificuldades financeiras familiares (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

Essas modificações acarretam mudanças nos papéis ocupacionais que os indivíduos desempenham ao longo de suas vidas. O estudo de Serna e Sousa (2006) aborda tais alterações em cuidadores de vítimas de TCE, sendo a principal modificação em relação ao papel de cuidador, que antes não era exercido pela maioria dos participantes. Também foram identificadas perdas no papel de trabalhador, de amigo, amador/faz por passatempo e membro da família, em decorrência do cuidado dispensado.

Nesses casos o tornar-se cuidador pode ser compreendido como uma privação ocupacional, uma vez que, no decorrer do processo, as pessoas vivenciam a despersonalização, na qual vão perdendo as características familiares e progressivamente assumem outro modo de ser (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

O cuidar também expõe os sujeitos a comprometimentos relacionados à saúde (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008). Estudos apontam que os cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos, maior número de problemas de

saúde, maiores índices de sobrecarga relacionada ao estresse e menor qualidade de vida quando comparados a indivíduos que não possuem esse papel (MAKIYAMA et al, 2004; ORSO, 2007; SANTOS, 2007).

Visando compreender outros aspectos negativos relacionados à atividade de cuidar, estudos apontam a influência de fatores relacionados à doença que acarretam comprometimentos aos cuidadores. Alterações comportamentais, como o esquecimento, o temperamento explosivo, a agressividade, a depressão, a irritabilidade e a ansiedade; e alterações de origem motora e cognitiva, bem como a dependência foram fatores apontados como causadores de impacto significativo no cuidador familiar de sujeitos com comprometimentos neurológicos (FARO, 1999; HORA; SOUZA, 2005; PERLINI; FARO, 2005; ARAKAKI, 2012).

Embora as implicações do cuidar na vida do sujeito com familiares em situação de dependência sejam alvos de muitas pesquisas internacionais, no Brasil, esse tema ainda carece de maiores investigações, demonstrando, possivelmente, uma falta de valorização desta função e papel ocupacional (SOUZA; WEGNER; GORINE, 2007). Nesse sentido Karsch (2003) e Andrade e colaboradores (2009) discutem em seus trabalhos a necessidade de estudos sobre essa temática, a fim de fornecer dados importantes para subsidiar Políticas Públicas de Saúde voltadas ao cuidador familiar<sup>2</sup>.

## **1.2. A sobrecarga nos cuidadores familiares**

Qualquer doença é sempre uma situação de crise e estresse, que produz efeitos, tanto no sujeito doente, quanto na família. Assumir o cuidado de algum familiar em situação de dependência pode acarretar comprometimentos no âmbito pessoal, familiar, laboral e social. Nesse contexto, o cuidador vivencia situações de crise e sintomas como tensão, constrangimento, fadiga, estresse, frustração, redução de convívio social, depressão, alteração da autoestima, dentre outros (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Um dos primeiros registros sobre o tema “sobrecarga” data de 1946, sendo este conceito relacionado às consequências do contato próximo com indivíduos com doenças psiquiátricas

---

<sup>2</sup> Nos Estados Unidos e em países da Europa há grandes investimentos em políticas públicas a fim de construir e manter redes de apoio aos cuidadores. No Brasil, infelizmente, essa é uma realidade ainda muito distante (KARSCHI, 2003).

graves, tendo em vista que nesse contexto as famílias tornaram-se mais ativamente envolvidas no cuidado de seus parentes adoecidos (SHENE, 1990).

A literatura inglesa utiliza-se do termo *burden* para referir-se ao conceito de sobrecarga. Nesse contexto, a sobrecarga pode ser dividida em objetiva e subjetiva, sendo a primeira relativa aos sintomas e comportamentos do sujeito adoecido dentro de seus ambientes sociais e as consequências deste; e a segunda às consequências psicológicas para a família (SHENE, 1990).

O estresse pode ser definido referindo-se às inter-relações entre o indivíduo e o contexto em que esse está inserido, segundo Lazarus e Folkman (1986). Acrescenta-se que o estresse ocorre quando os acontecimentos excedem os recursos dos sujeitos, colocando o bem-estar pessoal em perigo.

Quando as capacidades de adaptação do sujeito estão limitadas, este responde de forma inapropriada à situação de crise e o estresse se sobrepõe. Nesse processo reconhece-se a importância de alguns recursos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, que podem atuar como mediadores, auxiliando na resolução da situação de crise de forma favorável (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Os autores ainda apontam que cada indivíduo tem uma maneira particular de lidar com o estresse, sendo os fatores que podem determinar os mecanismos de enfrentamento classificados como pessoais e situacionais. Os primeiros referem-se ao estado de saúde, aspectos cognitivos, comportamento, hábitos, crenças, motivação, habilidades para a resolução de problemas, habilidades sociais, suporte social, recursos materiais, entre outros. Os segundos são externos ao indivíduo, caracterizando a situação estressora: tipo de acontecimento, seu momento cronológico, tipo de situação (LAZARUS; FOLKMAN, 1986).

No estudo de Martins, Ribeiro e Garrett (2003) são apontados diversos fatores, descritos na literatura, que predispõem a riscos, tais quais: características sociodemográficas e pessoais, crenças filosóficas e religiosas, contexto cultural e fatores hereditários. Por outro lado, são apontados fatores que atuam no sentido de diminuir a vulnerabilidade dos sujeitos, como a preparação para lidar com situações críticas, a forma de valorizar as situações, as expectativas de apoio, dentre outros.

No contexto do cuidado, a sobrecarga consiste em uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade do sujeito adoecido que necessita de cuidados (BRAITHWAITE, 1992). Em situações adversas e na ausência de mecanismos de resolução de

problemas imediatos, o cuidador submete-se a situações de fragilidade que podem resultar em estados de desorganização psicossocial, também acompanhadas por sentimentos negativos como medo, culpa e ansiedade (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Alguns fatores exercem o papel de mediadores na situação de cuidados: cronicidade da doença, limitações e impacto no estado de saúde geral, grau de dependência, exigências de cuidados, tempo de assistência, proximidade e tipo de relação afetiva existente no passado entre cuidador e doente, suporte social, recursos de acessibilidade, programas de recuperação e as experiências prévias decorrentes de situações similares (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003). Nesse sentido, um maior nível de escolaridade, incapacidades físicas moderadas e rendas financeiras mais altas são entendidos como fatores que contribuem para diminuição das taxas de estresse nos cuidadores (PRINTZ-FEDDERSEN, 1990).

A sobrecarga pode ser desencadeada por diversos aspectos relativos ao cuidar de familiares de sujeitos com doença crônica, tais como: o isolamento social; as mudanças e insatisfações sociais; as dificuldades financeiras; os déficits na saúde física e autocuidado do cuidador, além das sequelas causadas pelo adoecimento. Ainda considera-se que os maiores índices de sobrecarga estão entre aqueles cuidadores que lidam com sujeitos com alterações cognitivas, distúrbios no comportamento e distúrbios do humor (BOCCHI, 2004).

Esses eventos estressores podem ser divididos em primários e secundários, sendo os primeiros referentes às necessidades dos doentes; enquanto os segundos podem ser entendidos como consequência dos primeiros, manifestando-se posteriormente pelas implicações que têm na vida pessoal, familiar e profissional do cuidador (PEARLIN et al, 1990).

Dessa maneira, entendem-se como estressores primários as alterações cognitivas e comportamentais do doente, a dependência funcional nas atividades básicas da vida diária (ABVD) e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD); e como secundários a sobrecarga sentida pelo cuidador, o isolamento social, os problemas relacionais com o familiar e os sentimentos de anulação pessoal (PEARLIN et al, 1990).

A percepção dos fatores como decorrentes do processo de cuidado informal é chamada de sobrecarga subjetiva; enquanto fatores como esforço físico, dor no corpo, cansaço, gastos financeiros e alterações no bem estar fisiológico e social são entendidos como sobrecarga objetiva (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Um dos tipos de sobrecarga subjetiva consiste na psicológica ou emocional, que tem um caráter mais implícito e pode relaciona-se a sentimentos de culpa e atenção excessiva voltada ao familiar adoecido, dificuldades para lidar com as novas situações e mudanças físicas e psicológicas demonstradas pelos sujeitos adoecidos e ansiedade em relação à sua saúde e do familiar adoecido (BOCCHI, 2004).

Diversos estudos, nacionais e internacionais, têm buscado investigar a presença de sobrecarga em cuidadores familiares com diferentes doenças, que causam impactos significativos na funcionalidade do sujeito (SEIMA; LENARDT, 2011; BENAVIDES; ALBURQUERQUE; CHANÁ-CUEVAS, 2013; PEREIRA et al, 2013).

A literatura vem associando a sobrecarga a alguns fatores relativos à tarefa de cuidar, dentre eles ao fato do sujeito desempenhar as atividades de cuidado sozinho, sem a ajuda de outros (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2000; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002; MAZZA; LEFÈVRE, 2005). Outros aspectos associados à sobrecarga consistem nos comprometimentos relativos à doença do sujeito dependente, tais como: alterações motoras, cognitivas e comportamentais, e a conseqüente dependência deste (FARO, 1999; HORA; SOUZA, 2005; PERLINI; FARO, 2005; ARAKAKI, 2012).

Estudos têm relacionado maiores níveis de sobrecarga a menores índices de qualidade de vida e alterações na saúde em cuidadores familiares de sujeitos com doenças crônicas (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2000; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; SANTOS; CARDOSO, 2012; SANTOS; GUTIERREZ, 2013; MCCULLAGH et al, 2005). Outros estudos identificaram correlações entre maiores índices de sobrecarga nesses cuidadores e menores índices de renda por parte dos mesmos (ANDRÉN; ELMSTAHL, 2007; CHIEN; CHAN; MORRISSEY, 2007).

### **1.3. A dor nos cuidadores familiares**

A dor crônica pode ser definida como a experiência complexa, subjetiva e desagradável associada a uma lesão real ou potencial e pode estar presente em 25 a 30% da população de países industrializados (SEERS, 1992).

Os indivíduos que vivenciam a dor crônica experimentam sensações que não podem ser explicadas pela lesão física ou disfunção fisiológica e, muitas vezes, caracterizadas pela

persistência e associação a fatores psicológicos, sociais e comportamentais (KRAYCHETE et al, 2003). Segundo Chapman e Gavrín (1999), a dor crônica geralmente está associada à depressão, distúrbios do sono, fadiga e incapacidade física.

Um estudo sobre dor identificou relações entre esta e as doenças osteomusculares e dor neuropática, especialmente em mulheres economicamente ativas. Observam-se diferenças da dor entre os sexos, sendo no feminino de maior intensidade, duração e prevalência, sobretudo caracterizada por cervicobraquialgias e cefaleias. Esses dados também são corroborados por outros estudos que também destacam o predomínio da dor na população feminina (ELLIOTT et al, 1999; BLYTH et al, 2001).

A dor também pode ser relacionada às alterações emocionais. Segundo Oliveira (2000), tanto a depressão pode preceder ou predispor o desenvolvimento de queixas dolorosas crônicas, quanto síndromes dolorosas crônicas podem favorecer o aparecimento da depressão. Outros transtornos psiquiátricos podem estar associados à dor crônica, como a ansiedade, que segundo Pagano e colaboradores (2004), geralmente está relacionada à preocupação, tensão, nervosismo e apreensão.

Outro aspecto que pode ser relacionado à dor consiste na qualidade de vida. Estudos como o de Martinez e colaboradores (1988) e Brasil (2008) apontam que maiores níveis de intensidade da dor e fadiga estão relacionados a menores índices de qualidade de vida entre os sujeitos.

Também se observou que maiores níveis de dor relacionam-se a menores índices de capacidade funcional entre os cuidadores (MARTINEZ et al, 1988). Esses dados podem relacionar-se ao caráter contínuo e diário da dor, que predispõe o sujeito a incapacidade física, funcional e psicossocial, com grande impacto econômico, considerando-se as dificuldades em relação ao exercício laboral (LATHAM, 1994).

#### **1.4. A qualidade de vida nos cuidadores familiares**

Inicialmente o termo qualidade de vida foi associado às melhorias no padrão de vida, especialmente ao que se refere aos bens materiais adquiridos. Posteriormente, o termo passou a abranger a sensação de bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer, abrangendo então os aspectos, físicos, sociais e econômicos (SEIDL; ZANNON, 2004).

A qualidade de vida baseia-se na intersecção entre esses vários conceitos e, em especial, a saúde (FEINSTEIN, 2008). Desse modo, contextualiza-se a qualidade de vida para além de um *status* de saúde, mas também como um reflexo em relação à maneira como o sujeito percebe e reage a este e a outros aspectos não médicos de sua vida.

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde define a qualidade de vida como:

[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 2005, p.1405).

Data da década de 1990 o início do entendimento do constructo qualidade de vida como subjetivo e multidimensional, ou seja, a forma como o indivíduo avalia sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

O conceito qualidade de vida apresenta múltiplas aplicações nas diversas disciplinas e campos do conhecimento, porém ainda é amorfo e não consensual na literatura. Este envolve de forma complexa diversos aspectos: o estado psicológico, a saúde física, as relações sociais, o nível de independência, as crenças pessoais e a relação com os aspectos do meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 2005).

Nesse contexto, destacou-se a importância de métodos de avaliação e de instrumentos que considerassem a perspectiva dos sujeitos dentro de uma abordagem transcultural, sendo então desenvolvido o *World Health Organization Quality Of Life Assessment* (WHOQOL-100) (FLECK, 2000).

São diversas as escalas de avaliação de qualidade de vida, as quais podem ser classificadas em genéricas e específicas. As genéricas são multidimensionais e foram desenvolvidas com o objetivo de avaliar o impacto causado por uma doença, avaliando-se aspectos como: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estas escalas também podem ser utilizadas na avaliação da eficácia de políticas e programas de saúde ou visando comparar grupos. Os principais instrumentos são: *World Health Organization Quality Of Life Assessment* (WHOQOL-

100), *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey* e o *Sickness Impact Profile* (SEIDL; ZANNON, 2004; AGUIAR et al, 2008).

As escalas específicas, em sua grande maioria, também são multidimensionais e objetivam avaliar de forma detalhada as alterações na qualidade de vida em determinadas condições relacionadas ao adoecimento, como dor, capacidade funcional e status emocional. Alguns exemplos de questionários específicos utilizados no Brasil: *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOLSFTM), específico para doença renal crônica terminal; e o *Acromegaly Quality of Life Questionnaire* (ACROQoL), destinado para sujeitos com acromegalia (AGUIAR et al, 2008).

Estudos têm relacionado menores índices de qualidade de vida a diversos fatores gerais, tais quais: maior idade, sexo feminino, menores índices de renda, baixos níveis de escolaridade, déficits nas relações sociais do sujeito e piores condições de saúde (SPRANGERS et al, 2000; ARNOLD et al, 2004; WEBB; BLANE; MCMUNN, 2011).

Outro fator que pode influenciar a qualidade de vida consiste nas ocupações que o sujeito desenvolve ao longo da vida (EMMEL, 2012). A ocupação humana apresenta papel essencial na vida, bem como possui uma influência significativa no estado de saúde, na organização do homem, e no exercício de suas capacidades e experiências, as quais são típicas de cada época da vida. Desse modo, o desempenho nas atividades e a participação social no cotidiano são elementos fundamentais para se analisar o impacto da condição de saúde/doença na qualidade de vida (KIELHOFNER, 1991).

O Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO) explica o desempenho ocupacional como resultado de interações entre a pessoa, o ambiente e a ocupação. A pessoa é composta por elementos físicos, afetivos e cognitivos; o ambiente por aspectos sociais, culturais e institucionais, enquanto as ocupações são classificadas em: autocuidado, produtividade e lazer (LAW, 2009).

Dentro das ocupações, as atividades de autocuidado incluem aquelas relacionadas à manutenção de uma condição que permita função. A produtividade refere-se às ocupações que visam à preservação econômica, manutenção do lar, da família, trabalho voluntário ou desenvolvimento pessoal. Por fim, as atividades de lazer são aquelas ocupações desempenhadas pelo indivíduo quando está livre da obrigação de ser produtivo (MCCOL et al, 2000).

Ainda nessa linha, Emmel (2012) aponta as vivências cotidianas e a maneira como as atividades preenchem o tempo do indivíduo como fatores determinantes para a qualidade de vida, de forma, a existir uma relação indissociável entre esta e as ocupações. Desta forma, pensar no papel de cuidar, bem como nos seus desdobramentos na vida cotidiana dos cuidadores familiares, pode nos trazer indícios sobre possíveis comprometimentos na qualidade de vida.

Considerando que a atividade de cuidar de sujeitos com doenças crônicas acarreta mudanças nos papéis ocupacionais, bem como alterações significativas no cotidiano dos sujeitos, torna-se fundamental a avaliação do impacto do cuidar, sobretudo sobre a qualidade de vida dos sujeitos.

No Brasil, estudos tem apresentado interesse pelo tema qualidade de vida dos cuidadores familiares. Alguns estudos, que abordam essa temática em cuidadores de sujeitos com doenças crônicas, apontam que estes, quando comparados a grupos controle, apresentam diminuições significativas na sua qualidade de vida (MAKIYAMA et al, 2004; NICKEL et al, 2010; SANTO et al, 2011). Outros estudos, específicos com cuidadores familiares, apontam relações da qualidade de vida com a sobrecarga decorrente da tarefa de cuidar (GONÇALVES, ALVAREZ E SANTOS, 2000; MCCULLAGH et al, 2005; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; SANTOS; CARDOSO, 2012; SANTOS; GUTIERREZ, 2013).

### **1.5. O Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

O Acidente Vascular Cerebral<sup>3</sup> (AVC) é considerado uma interrupção do fluxo cerebral vascular, de origem isquêmica ou hemorrágica, que ocasiona alterações histopatológicas secundárias à falta de suprimentos em determinadas regiões e possível morte neuronal. É decorrente de etiologias diversas e fatores predisponentes que ocasionam alterações físicas, cognitivas, comportamentais, dependendo da área lesionada (BRUST, 2000; CECATTO, 2012).

Estima-se que um em cada seis sujeitos no mundo sofrerá um AVC ao longo de sua vida, de acordo com a *World Stroke Organization* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Aproximadamente 15 milhões de indivíduos sofrem esse tipo de doença cerebrovascular no mundo, com uma maior incidência em países com baixa ou média renda, atingindo cerca de um

---

<sup>3</sup> Embora o termo Acidente Vascular Encefálico (AVE) seja o mais adequado para descrever lesões em outras estruturas encefálicas, optou-se por utilizar o termo AVC, uma vez que é o mais utilizado na literatura brasileira.

terço da população economicamente ativa. É considerada a segunda maior causa de óbitos com uma média de cinco milhões por ano e, dentre os sobreviventes, cerca de cinco milhões ficam com sequelas permanentes, sendo a principal causa de incapacidade em longo prazo (MACKAY; MENSAH, 2004; ABRAMCZUK; VILLELA, 2010; ROGER, 2012).

Dentre as incapacidades residuais ocasionadas pelo AVC têm-se a paralisia dos músculos, rigidez das partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais, que acarretam importantes limitações funcionais aos sujeitos (FALCÃO et al, 2004).

O AVC é considerado um dos principais causadores dos comprometimentos cognitivos, sendo a prevalência destes em torno de 12 e 56% entre a população sobrevivente. No idoso, o AVC ainda é a principal causa de comprometimento cognitivo, tendo em vista que afeta cerca de 50% dos sujeitos, tanto na fase aguda como na crônica (NYS et al; 2005; GLYMOUR et al, 2008; RIBADI et al, 2008).

Os comprometimentos cognitivos podem afetar a atenção, a memória, bem como a organização do pensamento, promovendo assim alterações na linguagem, incluindo dificuldades para falar e produzir palavras de forma sequencial. Assim, tais comprometimentos acarretam impacto significativo na capacidade de compreensão de informações escritas ou faladas (VUKOVIC; VUKSANOVIC; VUKOVIC, 2008).

No Brasil, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade, com dados que demonstram uma incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, além de taxa de fatalidade de 18,5% 30 dias após a lesão e 30,9% aos 12 meses, com índice de recorrência de 15,9% após o primeiro episódio. Em vista disso, ocasiona grandes impactos sociais e econômicos no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No que se refere à prevalência, é mais comum em indivíduos após os 40 anos e suas chances aumentam com a idade. Com o envelhecimento populacional, tornou-se um importante problema de saúde pública, sendo diversos os estudos que também evidenciam a presença significativa em adultos, com idade entre 20 e 59 anos. Diante disso, é possível se pensar em um grande impacto na funcionalidade, uma vez que cerca de 80% dos indivíduos que apresentam a doença nessa faixa etária adquirem alguma incapacidade após o primeiro episódio (AZEREDO; MATOS, 2003; FALCAO et al, 2004).

Segundo o *American Heart Association* (2010), a incidência, tanto isquêmica quanto hemorrágica, é maior nos homens do que nas mulheres. No estudo de Sousa (2007), observou-se que os homens sofrem o primeiro AVC com uma idade inferior à das mulheres, sendo que no grupo etário dos 25 aos 64 anos, a incidência foi 1,6 vezes maior no sexo masculino. Em contrapartida, as mulheres apresentam metade da probabilidade de serem independentes nas atividades básicas de vida diária e de retornarem às suas atividades, sendo a incapacidade mais frequente ou mais grave do que no sexo masculino (FALCÃO, 2004; ROGER et al, 2012).

O aumento significativo de casos de AVC em adultos caracteriza um grande impacto social e econômico, pois além dos altos gastos hospitalares, também são apontados problemas relacionados à previdência. Esse fator pode ser justificado em detrimento do aumento da doença entre o grupo etário de 15 a 64, responsável pela produção econômica brasileira (WONG; CARVALHO, 2006). Além disso, um estudo aponta dificuldades por parte dos sujeitos com AVC em retornar ao trabalho, sendo esta doença responsável por 40% das aposentadorias precoces do país (FALCÃO et al, 2004).

Em decorrência das alterações causadas pelo AVC, o sujeito pode apresentar sequelas temporárias ou permanentes, necessitando de um longo período de recuperação, muitas vezes caracterizado por uma dependência prolongada, tanto para suas atividades cotidianas quanto para contatos sociais, apoio emocional e ajuda financeira. Essa dependência é marcante, principalmente no primeiro ano do AVC, período esse caracterizado pela exigência de maiores cuidados (AZEREDO; MATOS, 2003).

A recuperação funcional do AVC ocorre principalmente entre o terceiro e sexto mês após a lesão e, posteriormente a esse período ainda são observados ganhos, porém com maior espaçamento de tempo (CAROD-ARTAL et al, 2002; BRUNO, 2004). O prognóstico do AVC é mais favorável em indivíduos mais jovens, contudo uma parcela dos indivíduos apresentará sequelas permanentes (CARDOSO; FONSECA; COSTA, 2003).

Diante dessas questões, a reabilitação é apontada como importante fator na melhora da qualidade de vida desses indivíduos, podendo ser definida como o conjunto de ações que são desenvolvidas para o restabelecimento e manutenção das funções motoras, cognitivas e sensoriais, reintegração do sujeito ao seu círculo familiar e social, bem como para educação do sujeito e sua família (CAETANO et al, 2007; APRILE et al, 2008). Nesse contexto, destaca-se a importância do cuidador.

Ainda se tratando da reabilitação, as alterações cognitivas podem ser apontadas como fatores preditores, uma vez que afetam diretamente o processo de recuperação do sujeito. Esse fato é explicado em decorrência das técnicas de reabilitação requererem habilidades cognitivas, como as instruções e evocação, dificultando o aprendizado motor do sujeito (ZINN et al, 2004; HERSHKOVITZ; BRILL; 2007).

### **1.6. O Impacto do AVC no cuidador familiar**

As sequelas decorrentes do AVC causam um impacto significativo no cotidiano dos sujeitos, muitas vezes, ocasionando déficits na independência funcional. Segundo Riberto e colaboradores (2001), a situação de dependência mobiliza demandas individuais, familiares e sociais, as quais afetam a rotina e a estrutura em que o sujeito está inserido, causando uma série de alterações nos papéis, perdas financeiras, entre outras.

Um dos impactos decorrentes de cuidar do familiar com AVC refere-se às alterações familiares, uma vez que são identificadas modificações nos papéis dos membros da família e importante impacto social (PERLINI; FARO, 2005). Considerando que a maioria dos cuidadores são cônjuges, alguns estudos apontam a presença de alterações nas relações maritais após o AVC, uma vez que o cônjuge geralmente torna-se o principal cuidador familiar. Tal situação pode decorrer em alterações no relacionamento conjugal, principalmente em decorrência de alterações na intimidade e sexualidade (FORSBERG-WÄRLEBY; MÖLLER; BLOMSTRAND, 2004; BAUMANN et al, 2011).

Ainda se referindo às alterações familiares relacionadas ao cuidado com o sujeito com AVC, pode-se citar o impacto econômico decorrente dos custos de um cuidador formal ou familiar, bem como outras despesas relacionadas aos investimentos em reabilitação e cuidados com a saúde (FALCÃO et al, 2004; PERLINI; FARO, 2005).

As alterações nas atividades cotidianas também foram apontadas como um fator negativo ocasionado pelo cuidado dispensado ao sujeito com AVC. Segundo Falcão e colaboradores (2004), os aspectos laborais estão entre as atividades mais prejudicadas nos cuidadores, tendo em vista que estes, geralmente adultos em idade produtiva e inseridos no mercado de trabalho, precisarão deixar suas funções para desempenhar o novo papel. Conforme o estudo de Baumann e colaboradores (2011), identificaram-se dificuldades, sobretudo entre as mulheres, em conciliar

as atividades laborais com as atividades de cuidado com o familiar, bem como outras responsabilidades cotidianas, sendo necessárias adaptações em suas atividades ou até mesmo perda de algumas delas.

As atividades desempenhadas pelos cuidadores de sujeitos com AVC abrangem o auxílio em atividades de higiene e deambulação, preparo de alimentos, direção de veículos e acompanhamento em serviços médico-hospitalares, administração de medicamentos, dentre outras. Nesse contexto, é possível apontar, além das perdas em relação às atividades laborais e produtivas, um significativo impacto no que se refere ao tempo para o autocuidado dos próprios cuidadores, tendo em vista que este se torna diminuído ou ausente, interferindo, por conseguinte, na qualidade de vida dos mesmos (BOCCHI, 2004).

Estudos também indicam que o cuidado dispensado a indivíduos que sofreram AVC e caracterizado por sequelas permanentes e por longos períodos, pode tornar-se uma sobrecarga para o familiar, gerando comprometimentos à sua saúde (PERLINI; FARO, 2005). Outras pesquisas têm apontado alterações na qualidade de vida dos cuidadores de sujeitos com AVC, os quais, comparados a grupos controle, apresentam menores índices desta (VITANEN et al, 1988; BRÄNNHOLM et al, 1996).

As alterações cognitivas, especialmente de memória, entre os sujeitos com AVC foram relacionadas a menores índices de satisfação em relação à vida entre cuidadores familiares de sujeitos com AVC, fato esse justificado pelas dificuldades em lidar com esse tipo de comprometimento (BAUMANN et al, 2012). Outros estudos corroboram esses dados, demonstrando que a sobrecarga parece estar relacionada ao nível funcional e a alterações cognitivas e psiquiátricas nos indivíduos com AVC (RIGBY, 2009; JÚNIOR; MORAIS et al, 2012; SILVA; COSTA, 2012; PEREIRA et al, 2013).

As sequelas físicas também foram relacionadas a menores índices de satisfação em relação à vida entre cuidadores familiares de sujeitos com AVC, sendo indicados sintomas de exaustão em decorrência do lidar com as limitações dos familiares adoecidos (BAUMANN et al, 2012). Considerando que o grau de incapacidade do sujeito com AVC determina o nível de dependência por assistência, um maior número de sequelas geralmente está relacionado a maiores níveis de assistência a sujeitos adoecidos e, conseqüentemente, a maiores índices de sobrecarga por parte do cuidador (BOCCHI, 2004; ARAÚJO et al, 2012).

A maioria das pesquisas existentes aponta a importância do cuidador familiar no processo de recuperação do sujeito com AVC, no entanto, encontram-se em menor número os estudos que investigam o impacto que essa atividade traz para a qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores (ANDRADE et al, 2009; PERLINI; FARO, 2005).

O estudo de Nickel e colaboradores (2010) aponta a importância de pesquisas que analisem a relação entre a independência funcional e as alterações nos sujeitos adoecidos e a qualidade de vida e sobrecarga de seus respectivos cuidadores, de forma a contribuir para a compreensão das necessidades desta população.

Diante das evidências apontadas pela literatura, a presente pesquisa tem por questão investigar qual o impacto da independência e cognição em sujeitos adultos com AVC na sobrecarga, dor e qualidade de vida de seus cuidadores familiares?

## 2. OBJETIVOS

---

### 2.1. Objetivo Geral

- Verificar se existem relações entre o nível de independência e cognição em sujeitos com AVC e as variáveis: sobrecarga, dor e qualidade de vida de seus respectivos cuidadores familiares.

### 2.2. Objetivo Específico

- Identificar se existem correlações entre a independência e cognição em sujeitos com AVC; assim como entre a dor, sobrecarga e qualidade de vida nos cuidadores familiares;
- Averiguar se as variáveis: idade do sujeito com AVC, tempo de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado apresentam relações com os níveis de independência e cognição dos sujeitos com AVC;
- Verificar se as variáveis: idade do sujeito com AVC e do cuidador familiar, tempo de lesão, reabilitação e de cuidado dispensado relacionam-se com os níveis de sobrecarga, dor e qualidade vida dos cuidadores familiares;
- Verificar se a renda per capita apresenta correlações com a independência dos sujeitos com AVC e com a sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores familiares;
- Identificar se existem correlações entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais dos cuidadores familiares e as variáveis: independência e cognição dos sujeitos com AVC, sobrecarga, dor, qualidade de vida e idade dos cuidadores familiar, bem como com a renda per capita.

### 2.3. Hipóteses

- Sujeitos com AVC dependentes e/ou com alterações cognitivas possuem cuidadores com maiores índices de sobrecarga e dor e menores níveis de qualidade de vida;
- Sujeitos com alterações cognitivas apresentam menores níveis de independência; assim como cuidadores com maiores níveis de dor, também apresentam maiores níveis de sobrecarga e menores índices de qualidade de vida;
- A idade do sujeito com AVC e os tempos de lesão, reabilitação e cuidados dispensando influenciam nos níveis de dependência e alterações cognitivas entre sujeitos com AVC;
- A idade do sujeito com AVC e do seu respectivo cuidador e os tempos de lesão, reabilitação e de cuidado dispensado influenciam nos níveis de sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores familiares;
- Renda per capita mais baixa relaciona-se com maiores níveis de sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores familiares, bem como com menores índices de independência funcional dos sujeitos com AVC;
- Quanto pior a independência e a cognição dos sujeitos com AVC, piores serão os aspectos físicos, psicológicos, as relações sociais e o meio ambiente dos cuidadores familiares;
- Quanto piores forem os aspectos físicos, psicológicos, as relações sociais e o meio ambiente dos cuidadores familiares, piores também serão os níveis de sobrecarga, dor e qualidade de vida do cuidador familiar e a renda per capita.

### 3. MÉTODO

---

#### 3.1. Tipo e abordagem de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de correlação, na medida em que se propõe a investigar o grau de relação entre uma ou mais variáveis em uma única amostra (SIGELMANN, 1984). Esse tipo de pesquisa traz como vantagem a possibilidade de fornecer provas importantes para o desenvolvimento de proposições teóricas que indicam relações causais entre as variáveis (KIELHOFNER, 2006).

A abordagem de pesquisa utilizada refere-se à quantitativa, haja vista que:

[...] utiliza a coleta e a análise de dados para responder às questões de pesquisa e testar as hipóteses estabelecidas previamente, e confia na medição numérica, na contagem e frequentemente no uso de estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006, p.5).

#### 3.2. Amostra

A amostra foi composta por sessenta sujeitos (n=60); sendo trinta (n=30) com sequelas de AVC, e os outros trinta (n=30) seus respectivos cuidadores familiares, de acordo com os critérios de inclusão definidos a seguir:

I - Sujeitos com AVC:

- Sexo masculino;
- Idade entre 18 e 90 anos;
- Diagnóstico de um único episódio de AVC;
- Sem outras doenças neurológicas ou incapacitantes associadas;
- Que tenham passado ou ainda passem por processo de reabilitação.

A escolha por indivíduos do sexo masculino nessa faixa etária é justificada pelo fato do AVC acometer mais homens (SOUZA, 2007); pela variável de gênero ter influência na questão de independência (ROGER et al, 2012; FALCÃO, 2004); e pela prevalência do AVC na população idosa, porém com números significativos na população jovem-adulta (FALCAO et al, 2004; AZEREDO; MATOS, 2003).

## II – Cuidadores:

- Idade a partir de 18 anos;
- Com vínculos familiares;
- Que acompanhassem o sujeito com AVC há mais de seis meses.

A opção por esse grupo deu-se em decorrência do impacto do cuidar no familiar (MAKIYAMA et al, 2004; ORSO, 2007; SANTOS, 2007; BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008), bem como pelos seis primeiros meses de lesão caracterizarem o momento de maior dependência e cuidados (BRUNO, 2004; CAROD-ARTAL et al, 2002).

### **3.3. Local de coleta**

Os dados foram coletados em dois serviços públicos municipais que oferecem, respectivamente, assistência ambulatorial e domiciliar a sujeitos com deficiências físicas de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, com uma população média de 400 a 500 mil habitantes.

### **3.4. Instrumentos de coleta de dados**

Para coleta de dados foram utilizadas duas fichas de identificação, sendo elas:

I – Ficha de identificação do sujeito com AVC contendo dados pessoais: nome, idade, escolaridade, profissão, estado civil, data, tipo e topografia do AVC, e tempo de reabilitação (cf. APÊNDICE A1).

II – Ficha de identificação do cuidador familiar do sujeito com AVC contendo dados pessoais: nome, idade, escolaridade, profissão, estado civil, tempo de cuidado com o familiar com sequela de AVC, presença de doenças e/ou agravos à saúde (cf. APÊNDICE A2).

Os instrumentos a seguir foram aplicados com os sujeitos com AVC (Amostra 1):

I – Mini Exame do Estado Mental (MEEM): consiste em um instrumento validado no Brasil por Bertolucci e colaboradores, (1994) e possui como objetivo determinar o nível cognitivo dos idosos. Consiste em um instrumento para avaliação da cognição, que contém questões agrupadas em sete categorias, sendo que cada uma avalia funções específicas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, que corresponde a uma melhor capacidade cognitiva (FOLSTEIN et al, 1975; ALMEIDA, 1998; BRUCKI et al, 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006). A versão sugerida por Brucki e colaboradores. (2003) aponta notas de corte, sendo 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para idosos com 1 a 4 anos de estudo; 26,5 pontos para idosos com 5 a 8 anos de estudo; 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo e 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo (cf. ANEXO A1).

II – Medida de Independência Funcional (MIF): consiste em um instrumento que foi desenvolvido em 1983, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação e validado no Brasil por Riberto e colaboradores (2000), com indivíduos com lesão medular e lesão encefálica a fim de se conhecer o nível de independência para as AVD. A MIF consiste em um instrumento de avaliação da incapacidade de indivíduos com limitações funcionais de origem variada, com uma abordagem quantitativa. O instrumento avalia as seguintes atividades: autocuidado, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, memória, interação social e resolução de problemas. É um instrumento

amplamente utilizado internacionalmente e tem como diferencial a incorporação da avaliação cognitiva, através da comunicação e cognição social. Cada item recebe uma pontuação que pode variar entre 1 (dependência total) e 7 (independência completa). O instrumento é dividido em dois campos: motor e cognitivo; e a pontuação completa pode variar de 18 a 126, indicando o estado funcional do indivíduo, sendo 18 pontos: dependência completa (assistência total); 19-60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% na tarefa); 61-103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% na tarefa); 104-126 pontos: independência completa/ modificada (LOURENÇO; VERAS, 2006) (cf. ANEXO A2).

Os instrumentos aplicados com os cuidadores familiares dos sujeitos com AVC (Amostra 2) foram:

I – Escala de *Zarit Burden Interview* (ZBI): foi desenvolvida por Zarit e colaboradores (1985) e tem sido usada em diversos países visando à avaliação de cuidadores de indivíduos com demências, com outras doenças físicas, tais como AVC, doenças crônicas, câncer, além de transtornos psiquiátricos. No Brasil, o instrumento foi traduzido e validado para o português por Sczufca (2002) com cuidadores de indivíduos com doença mental e, posteriormente foi utilizada em um estudo de Taub, Andreoli e Bertolucci (2004) para avaliar a confiabilidade da versão brasileira. Ambos os estudos constataram que a versão brasileira é um instrumento válido e confiável para ser utilizado como uma medida da sobrecarga de cuidadores. Tal instrumento também tem sido amplamente utilizado internacionalmente e no Brasil com diversas populações, incluindo cuidadores de sujeitos com AVC (PEREIRA et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2012). O instrumento avalia o impacto das atividades do cuidado nas dimensões social, emocional, bem-estar físico e financeiro e é constituído por 22 itens, sendo a percepção do cuidador registrada em uma escala com escore que varia de 0 a 4 pontos: nunca= 0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3 ou sempre=4. A exceção é o último item da escala, no qual o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado com o papel de cuidador e as possíveis respostas são: 0= nem um pouco, 1= um pouco, 2= moderadamente, 3=muito, 4= extremamente, sendo que todos os itens devem ser pontuados. A sobrecarga é definida

pela somatória de todos esses escores e pode variar de 0 a 88, sendo que quanto maior a pontuação, maior será a sobrecarga (SCAZUFCA, 2003). As pontuações são classificadas como: abaixo de 21 pontos – ausência de sobrecarga; 21 a 40 pontos – sobrecarga moderada; 41 a 60 – sobrecarga moderada a severa; 61 a 88 – sobrecarga severa (KRON; BALLARIN, 2013). Schreiner e colaboradores (2006) sugerem que um ponto de corte entre 24 a 26 pontos possui validade preditiva significativa para identificar cuidadores em risco de depressão (cf. ANEXO A3).

II – Escala Visual Analógica de Dor (EVA): consiste em um instrumento unidimensional para avaliação da intensidade da dor. Trata-se de uma linha com as extremidades numeradas de 0 a 10. Na avaliação solicita-se que o sujeito escolha uma nota para a sua dor, variando entre zero (ausência total) e dez (dor insuportável), ou pede-se para que o sujeito aponte e marque na linha a dor presente naquele momento, no caso de déficit na capacidade de expressão verbal (JENSEN; KAROLY; BRAVER, 1986) (cf. ANEXO A4).

III – WHOQOL *Bref*: foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) com objetivo de avaliar de forma subjetiva a qualidade de vida, através de uma versão reduzida do WHOQOL-100. O instrumento, de uso internacional, é disponível em 20 países, baseando-se na premissa de que a qualidade de vida é um conceito subjetivo, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Foi traduzido e validado no Brasil por Fleck (2000) com uma população de indivíduos ambulatoriais e em internação. É composto por 26 questões, sendo duas gerais e as demais 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Estas se subdividem em 4 domínios: (a) Domínio 1 - Físico; (b) Domínio 2 - Psicológico (c) Domínio 3 - Relações Sociais; (d) Domínio 4 - Meio Ambiente. O questionário apresenta duas questões (1 e 2) sobre QV geral que são calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos outros escores dos domínios. A pontuação dos escores deverá ser realizada utilizando o programa estatístico SPSS, com a sintaxe do WB. Os resultados se dão em porcentagem, nos quais quanto mais próximo de 100 melhor é a qualidade de vida do sujeito (cf. ANEXO A5).

### 3.5. Procedimentos para coleta de dados

A proposta inicial consistia na coleta de dados com uma amostra de sujeitos com AVC do sexo masculino, com idade entre 18 e 59 anos, tendo em vista que essa idade é considerada produtiva, sendo grande o impacto social e econômico, especialmente para os respectivos familiares. No entanto, em contato com o campo, observou-se nos locais de coleta, em especial no serviço de atenção domiciliar, o predomínio de sujeitos na faixa etária idosa. Além disso, observou-se que alguns sujeitos que se situavam nesta faixa etária proposta não reuniam alguns critérios de inclusão deste estudo, como por exemplo: mais de 6 meses de lesão ou ausência de um cuidador familiar que os acompanhassem há mais de 6 meses.

Em decorrência do número reduzido de sujeitos com AVC na faixa etária adulta nos locais de coleta selecionados e em detrimento da maior prevalência do AVC na população acima de 60 anos, a idade dos sujeitos foi estendida até 90 anos.

A coleta aconteceu mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de São Carlos, sob parecer de número 407.176 (cf. ANEXO B1). Também foi concedida a autorização da Secretaria de Saúde da referida cidade e dos locais de coleta (cf. ANEXO B2), bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (cf. APÊNDICE B1 e B2) por parte de todos os sujeitos.

Inicialmente foram realizadas reuniões com os serviços visando orientar as equipes sobre os objetivos e relevância da referida pesquisa, bem como sobre os procedimentos a serem realizados. As equipes responsabilizaram-se pela indicação dos sujeitos que estivessem em processo de reabilitação ou que tivessem passado pelo processo de alta no último ano.

Os participantes foram pré-selecionados mediante indicação das equipes dos serviços de saúde e, posteriormente foi realizada a seleção dos prontuários visando verificação dos registros para contato telefônico, que foi feito pela própria pesquisadora a fim de agendamento de triagem e identificação dos critérios de inclusão descritos anteriormente.

A equipe do Serviço 1 indicou 38 sujeitos do sexo masculino, com idade a partir de 18 anos e diagnóstico de AVC. Posteriormente, foi realizado o contato com estes na própria instituição ou por telefone para agendamento de triagem, a qual aconteceu na própria instituição ou no domicílio, de acordo com a disponibilidade apresentada pelos sujeitos.

Após esse processo, foram excluídos 19 indivíduos em razão dos mesmos não preencherem todos os critérios de inclusão da pesquisa. A Tabela 1 apresenta o detalhamento das justificativas de exclusão de cada um destes sujeitos.

<b>Número de Sujeitos</b>	<b>Motivos de Exclusão</b>
1	Óbito
7	Tempo de lesão inferior a 6 meses
2	Mais de um episódio de AVC
4	Outra doença neurológica associada ao AVC – demências, doença de Parkinson, traumatismo cranioencefálico
2	Presença de cuidador familiar por menos de 6 meses
1	Não aceitação para participar da pesquisa
2	Não encontrado após 5 tentativas de contato
<b>19</b>	<b>TOTAL</b>

**Tabela 1: Sujeitos do Serviço 1 excluídos da amostra**

A equipe do serviço 2 indicou um total de 80 sujeitos do sexo masculino, com idade a partir de 18 anos e diagnóstico de AVC. Dos sujeitos indicados, quatro eram em comum com o Serviço 1, e por isso foram eliminados. Foi realizado contato telefônico com os 76 sujeitos para o agendamento de triagem domiciliar a fim de verificar o preenchimento dos critérios de inclusão.

Após o processo de triagem, foram eliminados 64 sujeitos em decorrência dos mesmos não apresentarem os critérios de inclusão para essa pesquisa. A Tabela 2 demonstra o detalhamento da justificativa para exclusão de cada sujeito da amostra.

<b>Número de Sujeitos</b>	<b>Motivos da Exclusão</b>
6	Óbito
4	Tempo de lesão inferior a 6 meses
20	Mais de um episódio de AVC
12	Outra doença neurológica associada ao AVC - hidrocefalia, meningite, doença de Parkinson, demências.
6	Quadro de deficiência física associado ao AVC – amputação de membros inferiores, fraturas de fêmur, paralisia infantil.
2	Presença de outras doenças incapacitantes - transtorno mental grave e insuficiência renal crônica.
3	Mais de um episódio de AVC associado à outra doença incapacitante – demência, neoplasia cerebral e neuropatia periférica.
2	Menos de 6 meses de lesão associados a outra condição que não se enquadra aos critérios desta pesquisa - mais de um AVC, doença renal grave.
3	Presença de cuidador familiar por menos de 6 meses
3	Não aceitação para participar da pesquisa
3	Não encontrado após 5 tentativas de contato
<b>64</b>	<b>TOTAL</b>

**Tabela 2: Sujeitos do Serviço 2 excluídos da amostra**

Ao final das triagens foram selecionados 19 sujeitos do Serviço 1 e 12 sujeitos do Serviço 2, totalizando 31 sujeitos e seus respectivos cuidadores familiares.

Ao longo das análises estatísticas identificou-se que um dos sujeitos apresentou tempo de lesão superior em relação aos demais, ultrapassando 72 meses e, em decorrência desse fato foi excluído. A partir de então, a amostra passou a contar com 30 sujeitos com AVC e seus respectivos cuidadores familiares, de acordo com os critérios de inclusão desta pesquisa.

Após esse processo, os dados foram coletados em duas etapas, com cerca de uma hora cada, sendo a etapa 1 direcionada a Amostra 1, ou seja, sujeitos com AVC, com os quais foram aplicados os instrumentos: MEEM e MIF e a ficha de identificação; enquanto na etapa 2 foi

destinada a Amostra 2, ou seja, cuidadores familiares dos sujeitos com AVC, com a qual foram aplicados os instrumentos: ZBI, EVA e WB e a ficha de identificação.

A coleta dos dados foi realizada entre o período de novembro de 2013 e maio de 2014, levando de 6 meses para sua conclusão.

### **3.6. Procedimentos para a análise de dados**

Os dados coletados foram submetidos a análises quantitativas, a saber: a descritiva simples e o coeficiente de correlação de Pearson.

#### **3.6.1. Análise descritiva simples**

Inicialmente os dados numéricos e qualitativos obtidos a partir dos instrumentos de coleta foram tabulados em Planilha do programa Microsoft Excel®, para posteriores análises.

Após a tabulação, os dados numéricos foram submetidos a testes estatísticos de análise descritiva visando o estudo das variáveis analisadas. Tal procedimento objetivou o cálculo do mínimo, máximo, média e desvio padrão de cada uma das variáveis, sendo os primeiros, respectivamente, o menor e o maior valor estudado; enquanto os últimos a medida de centralidade e a medida de dispersão dos dados (MORETTIN; BUSSAB, 2006).

Também foram utilizados gráficos tipo *boxplot*, que dividem a amostra em 4 parcelas, as quais representam 25% dos dados cada uma. Tal recurso facilita a análise da variabilidade e a concentração dos dados, bem como a visualização dos pontos *outliers*, ou seja, dados atípicos que não seguem a tendência dos demais (MORETTIN; BUSSAB, 2006).

Após tais procedimentos, os dados quantitativos e qualitativos foram apresentados com auxílio de gráficos e tabelas para melhor visualização e compreensão dos resultados.

#### **3.6.2. Coeficiente de correlação de Pearson**

Este procedimento de análise de dados objetivou averiguar a presença de correlações entre as variáveis: idade do sujeito com AVC, tempo de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado, independência motora, cognitiva e total e cognição nos sujeito com AVC,

sobrecarga, dor e qualidade de vida nos cuidadores familiares. Posteriormente, visando testar as correlações encontradas utilizou-se a análise fatorial dos dados (cf. APÊNDICE C1).

Em um segundo momento, também se intencionou verificar a presença e o grau de correlação entre as variáveis:

- Idade do cuidador e seus níveis de sobrecarga, dor e qualidade de vida e a idade do sujeito com AVC;
- Renda per capita e a independência funcional dos sujeitos com AVC e a sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores familiares;
- Aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais relacionados à qualidade de vida e a renda per capita e independência, cognição dos sujeitos com AVC e a idade, sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores.

O coeficiente de correlação de Pearson possibilita medir o grau de correlação entre duas variáveis, bem como indicar a força e a direção dessa correlação. No uso estatístico geral, a correlação se refere à medida da relação entre duas variáveis, no entanto, não determina a causalidade entre estas (BUSSAB; MORETTIN, 2003).

O coeficiente é calculado conforme APÊNDICE C2 e assume valores entre -1 e 1, em que:

- a)  $\rho = 1$ : refere-se à correlação perfeita positiva entre as duas variáveis, ou seja, se uma aumenta a outra também aumenta e se uma diminui a outra também diminui;
- b)  $\rho = -1$ : diz respeito a uma correlação negativa perfeita entre as duas variáveis, isto é, se uma aumenta, a outra sempre diminui e se uma diminui a outra sempre aumenta;
- c)  $\rho = 0$ : faz menção a duas variáveis que não dependem linearmente uma da outra.

Para interpretação da intensidade das correlações, adotou-se enquanto referência os seguintes valores de  $\rho$ :

- 0,7 – ou mais indica uma correlação forte;
- 0,3 a 0,7 – positivo ou negativo indica correlação moderada;

- 0 a 0,3 – indica correlação fraca.

O nível de significância adotado em todo o estudo foi de 5%, sendo que, em alguns casos, considera-se 1%. Assim, rejeita-se a hipótese de que a correlação entre as variáveis é zero ao nível de 5% quando  $p \leq 0,05$  e ao nível de 1% quando  $p \leq 0,10$ .

## 4. RESULTADOS

---

Os dados obtidos por meio dos instrumentos de coleta de dados foram apresentados em três grupos, de acordo com o tipo de análise realizada, a saber: análise descritiva, análise fatorial e coeficiente de correlação de Pearson.

### 4.1. Análise Descritiva

A análise descritiva foi dividida em dois tópicos principais, de acordo com os dois grupos estudados: Sujeitos com AVC e Cuidadores familiares.

#### 4.1.1. Sujeitos com AVC

##### 4.1.1.1. Caracterização da amostra – dados sociodemográficos

A Tabela 3 a seguir sumariza os dados da amostra de trinta sujeitos com AVC (n=30) e sua caracterização a partir de alguns dados sociodemográficos.

Dados	Grupos	%	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Idade (anos)	18 a 59	13	4	70,27	38	86	± 11,48
	60 a 79	57	17				
	A partir de 80	30	9				
Estado Civil	Casado	60	18	-	-	-	-
	União Estável	17	5				
	Divorciado	10	3				
	Viúvo	10	3				
	Solteiro	3	1				
Escolaridade/ Anos de estudo	Analfabeto	10	3	3	0	16	-
	Fundamental incompleto	83	25				
	Médio incompleto	4	1				
	Superior Completo	3	1				

**Tabela 3: Dados sociodemográficos dos sujeitos com AVC (n=30)**

Na Tabela 3 se observou uma variação de idade de 38 a 86 anos, sendo a faixa etária mais prevalente a de idosos (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURA 1). A amostra era preeminentemente casada, com baixa escolaridade, caracterizada pelo ensino médio incompleto e por uma média de 3 anos de estudo.

A Tabela 4 especifica a situação profissional dos sujeitos antes e após o AVC.

Dados	Grupos	%	N
Exercício profissional após o AVC	Inativo	93	28
	Ativo	7	2
Situação profissional após o AVC	Aposentado	73	22
	Desempregado	13	4
	Em auxílio doença ou outro benefício social	7	2
	Em exercício profissional	7	2
Exercício profissional antes do AVC	Sim	100	30
	Não	0	0
Nível de qualificação profissional	Baixo	97	29
	Alto	3	1

Tabela 4: Atividade profissional antes e após o AVC e qualificação dos sujeitos (n=30)

No momento da coleta, a amostra era predominantemente caracterizada pela inatividade em relação às atividades laborais, especialmente por sujeitos aposentados. Observou-se que, anteriormente ao AVC, todos os sujeitos exerceram uma ou mais atividades profissionais remuneradas, sendo a maioria caracterizada por baixa ou nenhuma qualificação. As atividades desempenhadas pelos sujeitos antes e após o AVC estão apresentadas no Gráfico 1.

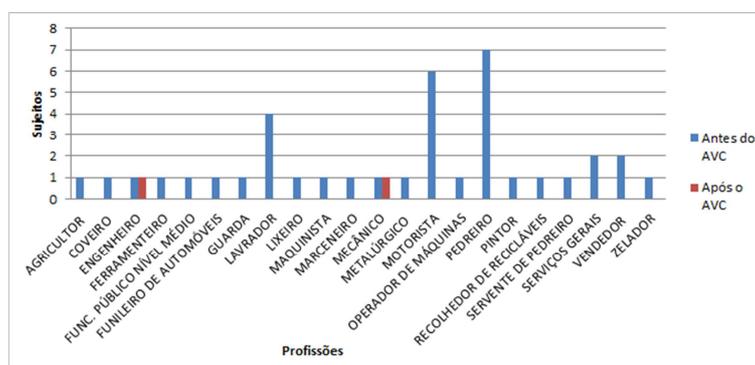


Gráfico 1: Atividades exercidas pelos sujeitos antes e após o AVC (n=30)

#### 4.1.1.2. Aspectos relacionados ao AVC

A Tabela 5 demonstra os dados referentes ao AVC sofrido pelos sujeitos.

Dados	Grupos	%	N
Tipo	Isquêmico	57	17
	Hemorrágico	20	6
	Não especificado	23	7
Hemisfério Cerebral	Direito	50	15
	Esquerdo	47	14
	Não especificado	3	1
Comprometimento motor	Hemiparesia à esquerda	40	12
	Hemiparesia à direita	27	8
	Hemiplegia à direita	13	4
	Hemiplegia à esquerda	10	3
	Ausência de déficit motor	10	3
Cuidados hospitalares pós-AVC	Enfermaria	67	20
	UTI	23	7
	Não necessitou	10	3
Problemas de saúde associados	Sim	87	26
	Não	13	4

Tabela 5: Características do AVC sofrido pelos sujeitos (n=30)

Notou-se uma preponderância de lesões tipo isquêmicas, lesões no hemisfério cerebral direito, sendo o principal déficit motor a hemiparesia à esquerda.

Ainda identificou-se que 87% (n=26) da amostra possui um ou mais problemas de saúde, sendo os mais frequentes aqueles que se constituem em fator de risco para o AVC, conforme Gráfico 2.

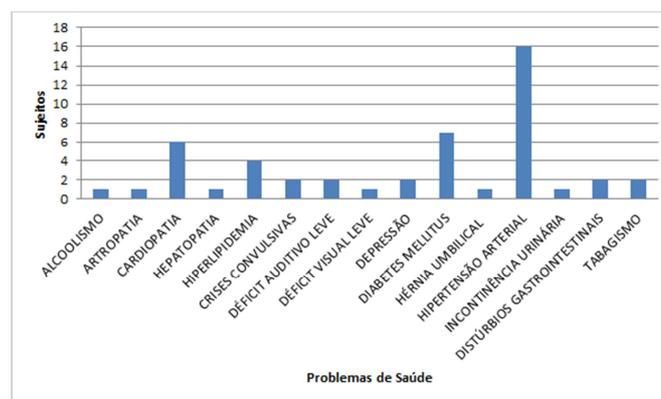


Gráfico 2: Problemas de saúde associados ao AVC (n=26)

A Tabela 6 refere-se aos dados relacionados ao tempo de lesão e reabilitação dos sujeitos com AVC.

Dados	Grupos	%	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Tempo de lesão (meses)	6 a 12	63	19	12,50	6	72	±15,31
	13 a 24	27	8				
	25 a 72	10	3				
Tempo de reabilitação (meses)	1 a 6	50	15	9,10	1	59	±10,63
	7 a 12	40	12				
	A partir de 13	10	3				
Serviços de Reabilitação	Serviço ambulatorial	53	16	-	-	-	-
	Serviço domiciliar	17	5				
	Ambos	30	9				

**Tabela 6: Tempo de lesão e reabilitação dos sujeitos com AVC (n=30)**

Notou-se que o tempo de lesão apresentou uma grande variabilidade de dados, assim como o tempo de reabilitação (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURA 2 e 3). Observou-se a proeminência de sujeitos com tempo de lesão entre 6 meses e um ano e tempo de reabilitação entre 1 e 6 meses. O principal serviço de reabilitação utilizado pela amostra foi o serviço ambulatorial, porém observou-se a permuta de sujeitos entre este serviço e o de atendimento domiciliar.

Ainda se tratando da reabilitação dos sujeitos com AVC, observou-se que 16% (n=5) da amostra geral também fez menção a algum serviço reabilitação particular ou de saúde-escola, além dos serviços públicos onde fora realizada a coleta.

A Tabela 7 a seguir apresenta alguns aspectos relacionados à funcionalidade dos sujeitos com AVC.

Itens	Grupos	%	N
Alimentação via sonda gástrica	Sim	6	2
	Não	94	28
Eliminação vesical via sonda de demora	Sim	3	1
	Não	97	29
Acamado	Sim	16	5
	Não	84	25
Marcha	Independente	40	12
	Com auxílio	33	10
	Ausente	27	8
Uso de recursos de tecnologia assistiva	Sim	67	20
	Não	33	10

Tabela 7: Aspectos funcionais dos sujeitos com AVC (n=30)

Observou-se que 6% (n=2) dos sujeitos deste estudo realizavam alimentação via sonda gástrica, 3% (n=1) realizavam eliminação vesical via sonda de demora e 16% (n=5) era acamada.

No que se refere à locomoção, identificou-se que 33% (n=10) dos sujeitos eram dependentes de auxílio para a marcha e 27% (n=8) cadeirantes. Predominaram-se os sujeitos que necessitam de recursos de tecnologia assistiva (67%; n=20), sendo os mais utilizados a cadeira de rodas, a cadeira de banho e a bengala, conforme apresenta o Gráfico 3.

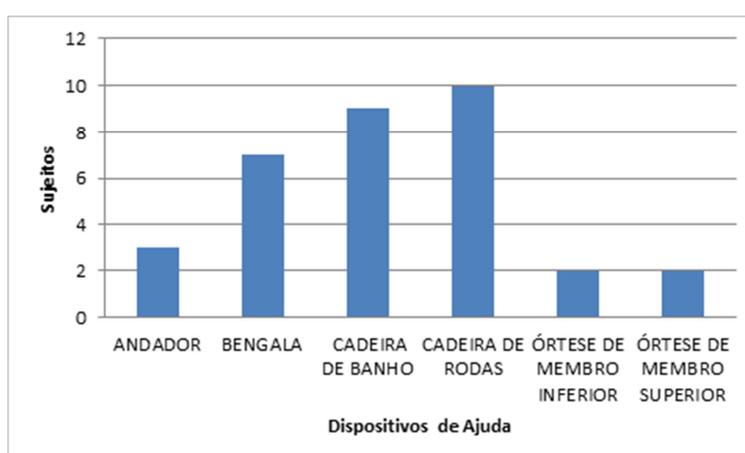


Gráfico 3: Tipos de dispositivos de ajuda utilizados pelos sujeitos com AVC (n=20)

### 4.1.1.3. Independência funcional

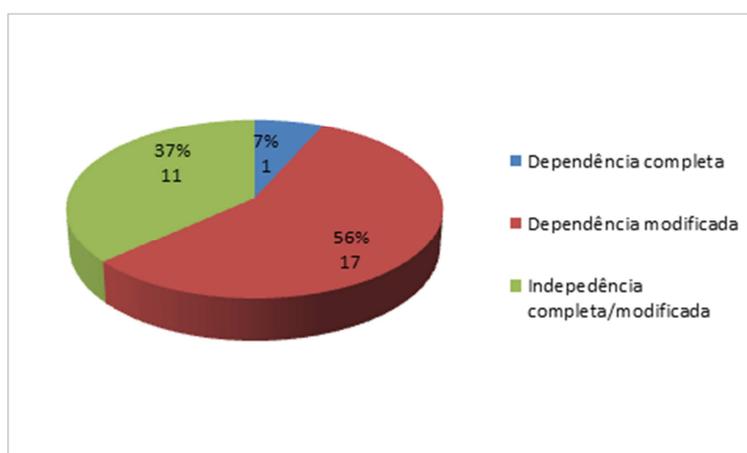
A Tabela 8 apresenta os dados numéricos relativos obtidos por meio da MIF.

<b>Categorias</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Independência motora</b>	56,83	13	91	±24,99
<b>Independência cognitiva</b>	25	5	35	±11,17
<b>Independência Total</b>	81,83	18	126	±34,96

**Tabela 8: Dados da MIF (n=30)**

No referido instrumentos foi possível identificar que o resultado da independência motora, independência cognitiva e independência total apresentaram grande variabilidade de dados, sendo a média da MIF total de aproximadamente 81 pontos (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURA 4, 5 e 6).

O Gráfico 4 demonstra a proeminência de cada nível funcional de acordo com a MIF.



**Gráfico 4: Nível de independência Funcional segundo a MIF (n=30)**

Observou-se um predomínio quanto à classificação na MIF indicativa de dependência funcional, sendo que 56% (n=17) da amostra apresentava dependência modificada, enquanto 7% (n=2) dependência total de cuidados no que se refere às atividades básicas de vida diária.

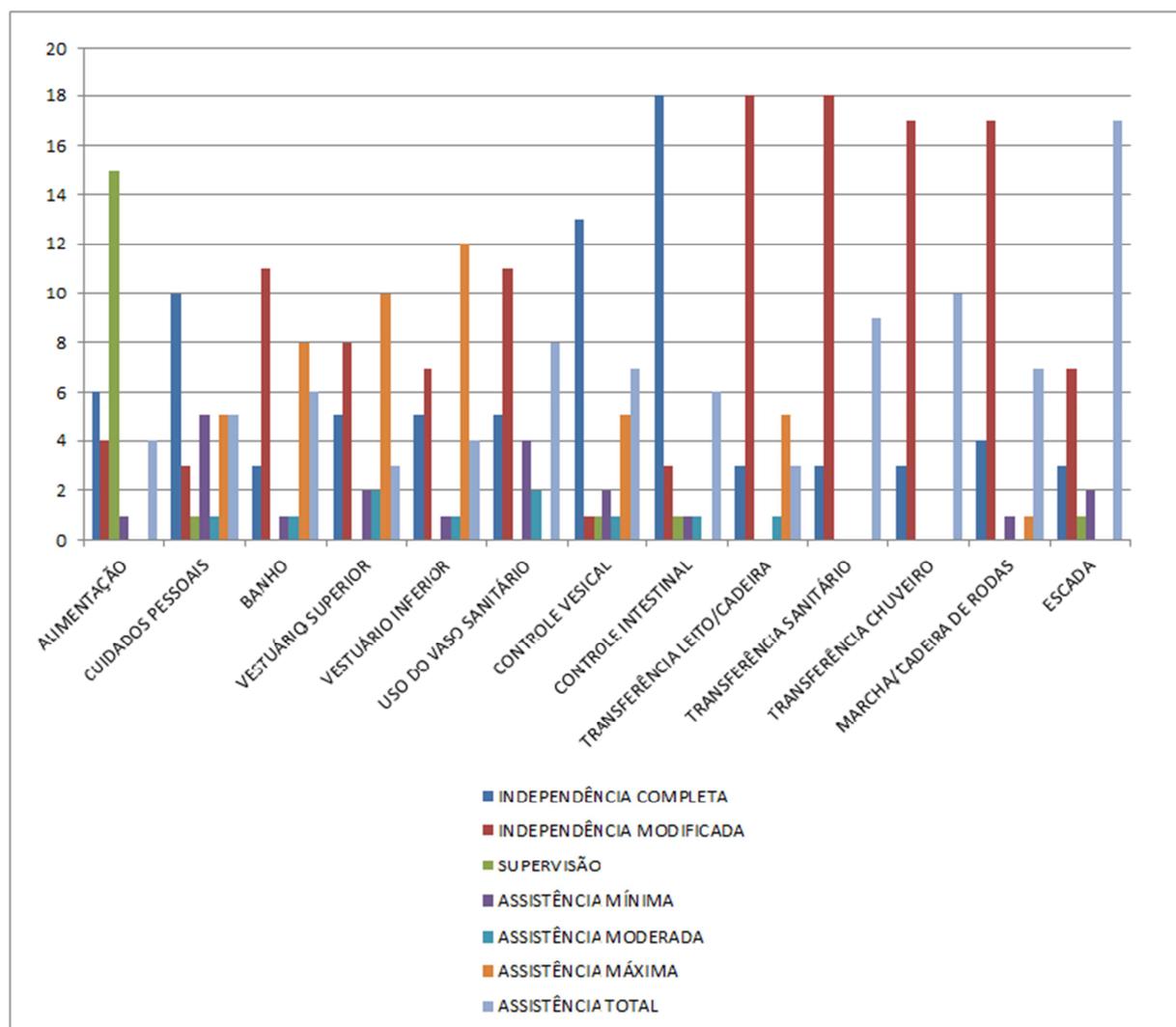
A Tabela 9 apresenta a nota média de cada um dos itens da MIF.

<b>Itens MIF</b>	<b>Média</b>
<b>Alimentação</b>	4,9
<b>Cuidados pessoais</b>	4,3
<b>Banho</b>	3,8
<b>Vestuário superior</b>	4
<b>Vestuário inferior</b>	3,7
<b>Uso do vaso sanitário</b>	4,3
<b>Controle vesical</b>	4,3
<b>Controle intestinal</b>	5,4
<b>Transferências leito/cadeira</b>	4,8
<b>Transferências vaso sanitário</b>	4,6
<b>Transferências chuveiro</b>	4,4
<b>Marcha</b>	4,7
<b>Escada</b>	3,1
<b>Compreensão</b>	5,7
<b>Expressão</b>	5,2
<b>Interação social</b>	4,9
<b>Resolução de problemas</b>	4,5
<b>Memória</b>	4,5

**Tabela 9: Média de cada item da MIF (n=30)**

Observaram-se notas médias que variam entre 3,1 a 5,7. As menores médias estavam presentes nos itens: subir e descer escada, vestuário inferior e vestuário superior, enquanto as maiores nos itens: compreensão e expressão. Também se observou que nenhuma nota média atingiu a independência total ou modificada.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição da amostra total (n=30) em relação a cada item avaliado na MIF motora.



**Gráfico 5: Nível de independência motora da amostra (n=30)**

Observou-se o predomínio de dependência em relação às atividades de alimentação, vestuário superior e inferior e subir e descer escadas. O primeiro item foi caracterizado pela supervisão por parte do cuidador e preparo; o vestuário superior e inferior pela assistência máxima e o subir e descer escadas pela assistência total.

Por outro lado, observou-se independência em relação aos itens: cuidados pessoais, banho, uso do vaso sanitário, transferências leito/cadeira, vaso sanitário e chuveiro e controle

vesical e intestinal. Os itens relacionados ao controle esfinteriano, vesical e intestinal, apresentaram independência completa, enquanto os demais apresentaram independência modificada, a qual é caracterizada pela necessidade de adaptações, tempo maior para a execução ou risco durante a atividade.

O Gráfico 6 apresenta a distribuição da amostra total (n=30) em relação a cada item avaliado na MIF cognitiva.

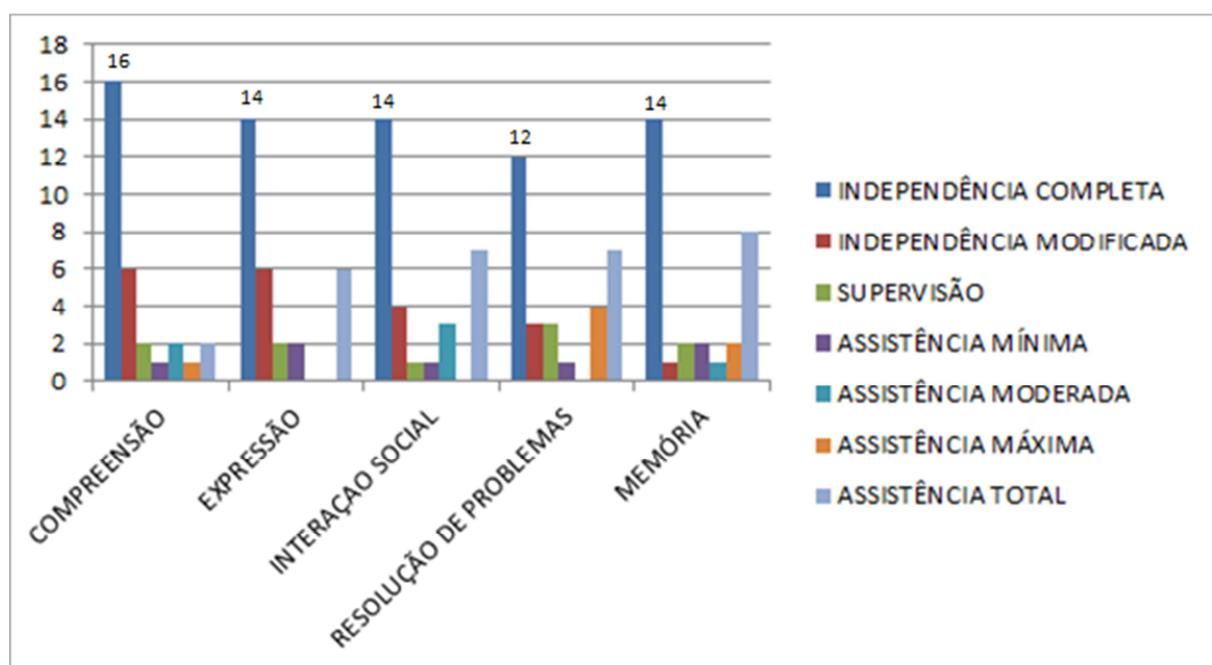


Gráfico 6: Nível de independência cognitiva da amostra (n=30)

Observou-se o predomínio de independência completa em relação a todos os itens referentes aos aspectos cognitivos do instrumento. Também foi possível identificar que os itens que apresentaram maior preponderância de assistência total foram: expressão, interação social, resolução de problemas e memória; enquanto aqueles com predomínio de dependência modificada foram: compressão e expressão.

Os Gráficos 7 e 8 ilustram a relação entre os hemisférios cerebrais lesionados e, respectivamente, os níveis funcionais dos sujeitos com AVC e as pontuações gerais nas categorias independência motora, independência cognitiva e independência total.

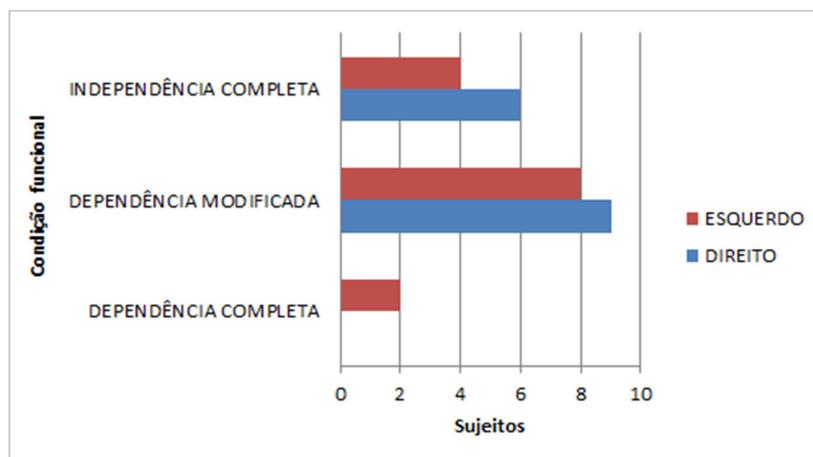


Gráfico 7: Hemisférios cerebrais e os níveis de independência (n=29)<sup>4</sup>

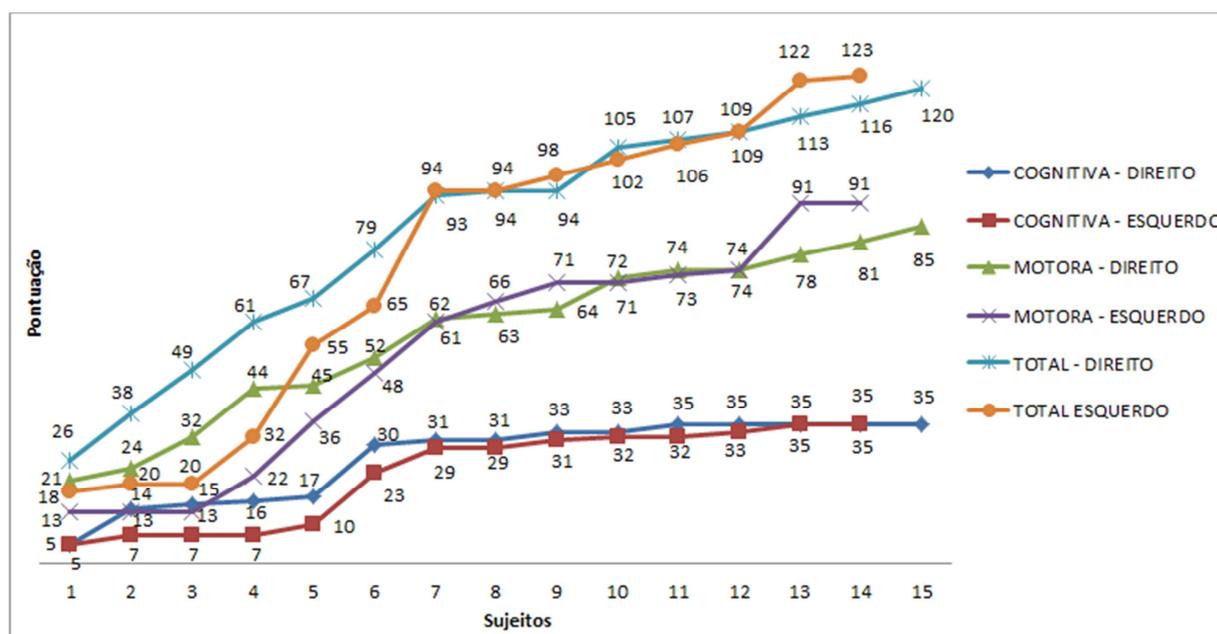


Gráfico 8: Hemisférios cerebrais e a pontuação da independência motora, cognitiva e total (n=29)<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Utilizou-se o n=29 em decorrência de um sujeito da amostra não possuir diagnóstico preciso em relação ao hemisfério cerebral lesionado pelo AVC, conforme Tabela 5.

<sup>5</sup> Idem item 4.

Observou-se no Gráfico 7 que os sujeitos com lesões no hemisfério cerebral esquerdo (n=14) apresentaram um leve predomínio em relação a dependência funcional, além de englobarem os indivíduos que se enquadram na categoria de dependência completa, quando comparados àqueles com lesões à direita (n=15). No Gráfico 8, também é possível identificar pontuações mais baixas entre os sujeitos com lesões à esquerda em relação à independência motora, cognitiva e total, quando comparados com aqueles com lesões à direita.

#### 4.1.1.4. Cognição

A Tabela 10, a seguir, permite a visualização dos dados numéricos obtidos através do instrumento MEEM.

<b>Instrumento</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>MEEM Total</b>	16,63	0	29	±9,89

**Tabela 10: Dados MEEM (n=30)**

Foi possível observar uma média de 16 pontos para o instrumento, com grande variabilidade na pontuação, de 0 a 29 pontos (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURA 7).

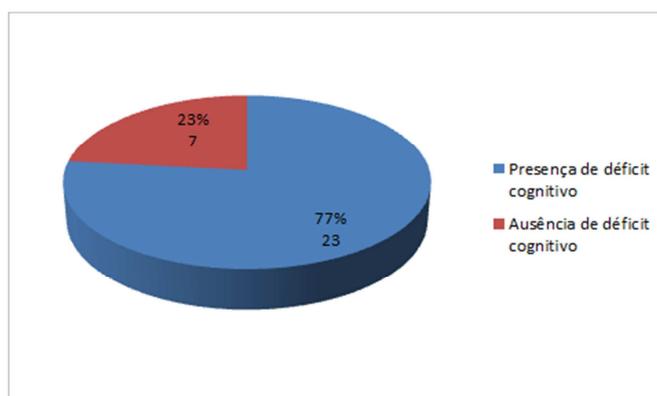
Na Tabela 11 observam-se as notas médias baixas entre os grupos, de acordo com as notas de corte proposta por Brucki e colaboradores (2003).

<b>Grupos</b>	<b>Nota de corte</b>	<b>Média</b>
<b>Analfabetos</b>	20	10
<b>1 a 4 anos de estudo</b>	25	15,9
<b>5 a 8 anos de estudo</b>	26,5	27,3
<b>Mais de 11 anos de estudo</b>	29	29

**Tabela 11: Pontuação média no MEEM de acordo com cada nota de corte (n=30)**

Identificaram-se notas médias baixas entre os analfabetos e sujeitos com 1 a 4 anos de estudo, por outro lado, sujeitos com 5 a 8 anos de estudo e sujeitos com mais de 11 anos de estudo apresentaram médias mais altas.

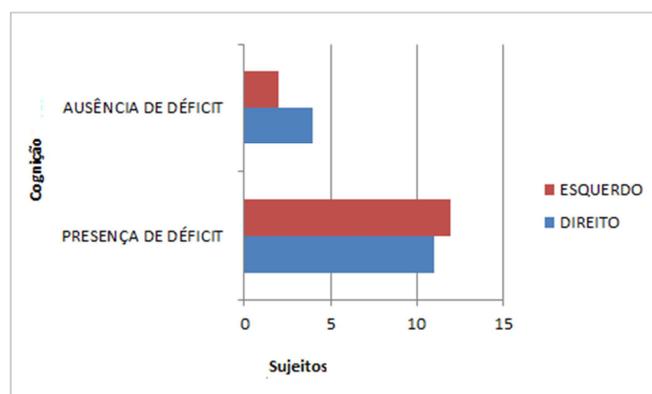
O Gráfico 9 apresenta os dados relativos à avaliação das funções cognitivas do MEEM, de acordo com a nota de corte relacionada à escolaridade proposta por Brucki e colaboradores (2003): 20 pontos para analfabetos; 25 para sujeitos entre 1 a 4 anos de estudo; 26 entre 5 a 8 anos; 28 entre 9 a 11 anos; e 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.



**Gráfico 9: Avaliação das funções cognitivas segundo o MEEM (n=30)**

Observou-se um predomínio de sujeitos com indícios de déficit cognitivo, caracterizado por 77% (n=23) da amostra.

O gráfico 10 apresenta a relação entre os hemisférios cerebrais lesionados e nível cognitivo dos sujeitos com AVC.



**Gráfico 10: Hemisférios cerebrais e as funções cognitivas (n=29)**

É possível observar que uma maior incidência de comprometimento cognitivo em sujeitos com lesões à esquerda.

## 4.1.2. Cuidadores

### 4.1.2.1. Caracterização da amostra – dados sociodemográficos

A Tabela 12 refere-se aos dados sociodemográficos dos cuidadores dos sujeitos com AVC.

Dados	Grupos	%	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Idade (anos)	20 a 39	7	2	58,70	28	80	±13,34
	40 a 59	46,5	14				
	60 a 80	46,5	14				
Sexo	Feminino	90	27	-	-	-	-
	Masculino	10	3				
Estado Civil	Casado	63	19	-	-	-	-
	União Estável	20	6				
	Divorciado	7	2				
	Viúvo	7	2				
	Solteiro	3	1				
Grau de Parentesco	Esposa	57	17	-	-	-	-
	Filho e Filha	23	7				
	Mãe	7	2				
	Irmã	3,25	1				
	Cunhada	3,25	1				
	Sobrinha	3,25	1				
	Mãe do Genro	3,25	1				
Reside com o sujeito com AVC	Sim	87	26	-	-	-	-
	Não	13	4				

Tabela 12: Dados sociodemográficos dos cuidadores (n=30)

Observou uma variabilidade de idade entre 28 a 80 anos e uma preponderância de sujeitos na faixa etária adulta (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURA 8). A amostra era predominantemente caracterizada por sujeitos do sexo feminino, casados, cônjuges dos indivíduos com AVC e que residiam juntamente com estes. Ademais, é válido salientar que 2 dos 3 sujeitos solteiros eram do sexo masculino.

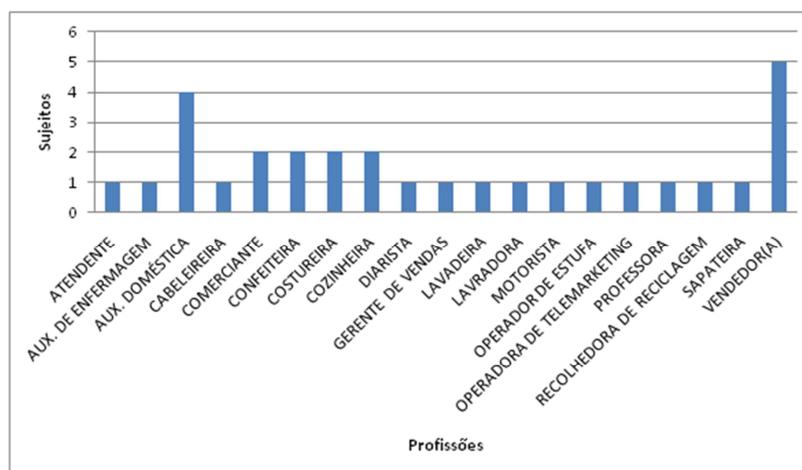
A Tabela 13 traz dados concernentes à escolaridade, qualificação e situação profissional dos cuidadores, antes do início dos cuidados e no momento da coleta.

Dados	Grupos	%	N	Média	Mínimo	Máximo
<b>Escolaridade/ Anos de estudo</b>	Analfabeto	6,5	2	5,2	0	13
	Fundamental Incompleto	67	20			
	Fundamental completo	10	3			
	Médio incompleto	10	3			
	Superior incompleto	6,5	2			
<b>Situação Profissional anterior ao cuidado</b>	Em exercício profissional / Do lar	67	20	-	-	-
	Em exercício profissional	20	6			
	Do lar	13	4			
<b>Situação Profissional no momento da coleta</b>	Do lar	34	10	-	-	-
	Do lar / Aposentado	30	9			
	Do lar / Em exercício profissional	23	7			
	Em exercício profissional	7	2			
	Em exercício profissional / Aposentado	3	1			
	Desempregado	3	1			

**Tabela 13: Escolaridade e Situação Profissional (n=30)**

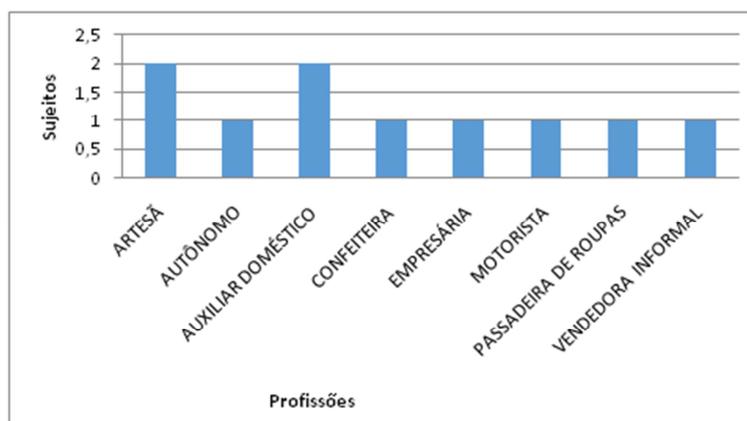
Observa-se que uma predominância de sujeitos com ensino fundamental incompleto, com uma média de 5,2 anos de estudo. Ainda nota-se que, tanto antes quanto depois do início dos cuidados, houve proeminência de sujeitos que se declararam como do lar, sendo todos do sexo feminino. Vale ressaltar que após assumirem a atividade de cuidado, houve redução no exercício profissional entre os cuidadores.

Os Gráficos 11 e 12 referem-se às profissões desenvolvidas pelos cuidadores anteriormente ao início dos cuidados e no momento da coleta, respectivamente.



**Gráfico 11: Profissões exercidas pelos cuidadores anteriormente ao cuidado (n=26)**

Observa-se que há uma preponderância de atividades características do mercado de trabalho informal, que requerem pouca ou nenhuma qualificação, as quais são culturalmente atribuídas à figura feminina.



**Gráfico 12: Profissões dos cuidadores em exercício profissional no momento da coleta (n=10)**

A Tabela 14 apresenta os dados referentes à renda per capita da amostra de cuidadores.

Dados	Grupos	%	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Renda per capita	0 a ½ salário mínimo	27	8	694,19	28	2.666,66	±529,73
	½ a 1 salário mínimo	43	13				
	1 a 2 salários	23	7				
	2 a 3 salários	7	2				

**Tabela 14: Renda per capita (n=30)**

Observa-se que a média era de R\$ 694,19, sendo o menor valor de R\$0,00 e o maior valor de R\$2.666,66 (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURA 9). Algumas outras informações acerca das condições socioeconômica dos sujeitos encontram-se no APÊNDICE D1 – PARTE B.

#### 4.1.2.2. Aspectos relacionados à saúde dos cuidadores

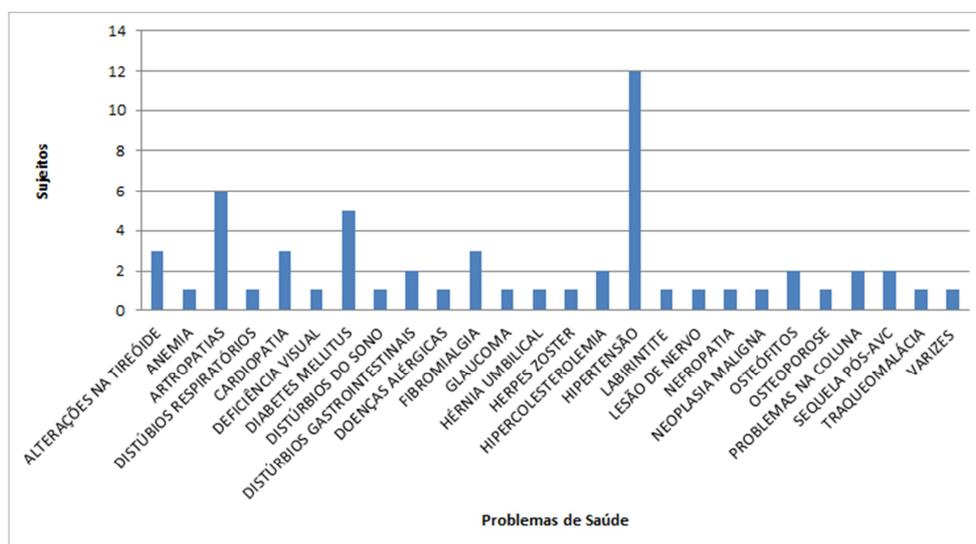
A Tabela 15 traz informações acerca de aspectos relacionados à saúde dos cuidadores.

Dados	Grupos	%	N	Média	Mínimo	Máximo
Problemas de saúde	Sim	83	25	2,2	1	5
	Não	17	5			
Problemas emocionais	Sim	33	10	-	-	-
	Não	67	20			

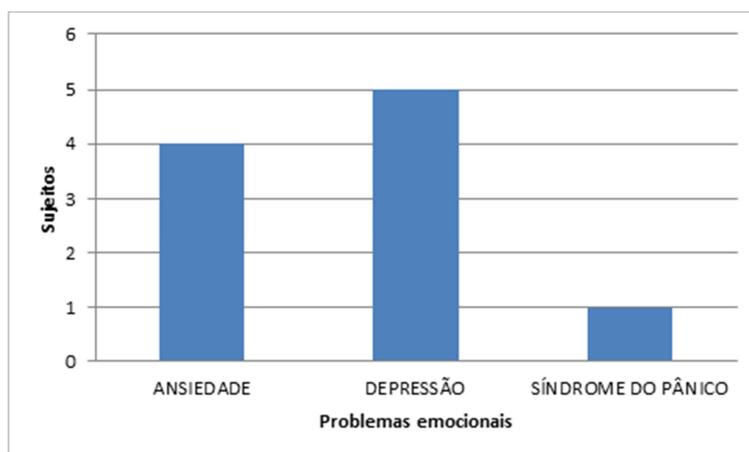
**Tabela 15: Problemas de saúde nos cuidadores (n=30)**

É possível observar que predominaram, com 83% (n=25), os sujeitos que declararam possuir problemas de saúde com uma média de 2,2 problemas por sujeito. Cerca de um terço da amostra 33%(n=10) também apresentou problemas emocionais. Vale ressaltar que todos os sujeitos que declararam problemas de saúde e problemas emocionais eram do sexo feminino. O início dos problemas de saúde e problemas emocionais foi muito diversificado, sendo apontados o AVC do familiar (3), a morte e adoecimento de outros familiares (7), a aposentadoria (1), bem como outros eventos.

Dentre os problemas de saúde mais citados destacam-se a hipertensão, as artropatias e a Diabetes Mellitus e dentre os problemas emocionais a depressão, seguida da ansiedade, conforme Gráfico 13 e 14, respectivamente.



**Gráfico 13: Proeminência dos problemas de saúde dos cuidadores (n=25)**



**Gráfico 14: Problemas emocionais entre os cuidadores (n=10)**

A Tabela 16 traz dados sobre a dor no corpo por parte dos cuidadores, segundo o instrumento EVA.

Dados	Grupos	%	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
<b>Dor no corpo</b>	Presente	73	22	5,45	0	10	±3,90
	Ausente	27	8				

**Tabela 16: EVA (n=30)**

A escala variou de 0 a 10 pontos, com média igual a 5,45 pontos (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURA 10). A dor foi apontada por 77% (n=22) dos sujeitos, sendo todos estes do sexo feminino, e estava presente em um ou mais lugares do corpo. Foram diversos os eventos relacionados ao início da dor, dentre eles o início do cuidado com o sujeito com AVC (4), aposentadoria (1) e mudanças na rotina familiar (1).

As informações relacionadas ao tratamento de reabilitação estão disponíveis na Tabela 17.

Dados	Grupos	%	N
<b>Tipo de serviço de saúde</b>	Público	83	15
	Convênio	17	5
<b>Tratamento dos problemas de saúde</b>	Sim	63	19
	Não	37	11
<b>Uso de medicamentos</b>	Sim	50	15
	Não	50	15
<b>Uso de psicofármacos</b>	Sim	20	6
	Não	80	64

**Tabela 17: Tratamentos de saúde (n=30)**

É possível visualizar o predomínio de sujeitos que utilizam serviços públicos de saúde e que realizavam tratamento dos problemas de saúde. Observa-se que 50% (n=15) dos sujeitos faziam uso de medicamentos em geral e 20% (n=6) utilizavam psicofármacos.

Por fim, a Tabela 18 apresenta os dados referentes ao uso de álcool e cigarro entre os cuidadores.

Dados	Grupos	%	N
Uso de álcool	Sim	23	7
	Não	77	23
Uso do cigarro	Sim	17	5
	Não	83	25

**Tabela 18: Uso de álcool e cigarro entre os cuidadores (n=30)**

Verificou-se que 23% (n=7) fazia uso do álcool enquanto 17% (n=5) fazia uso do cigarro. Vale destacar que a maioria da amostra de sujeitos do sexo masculino utilizavam essas substâncias, sendo 2 homens que utilizavam o cigarro e 3 o álcool.

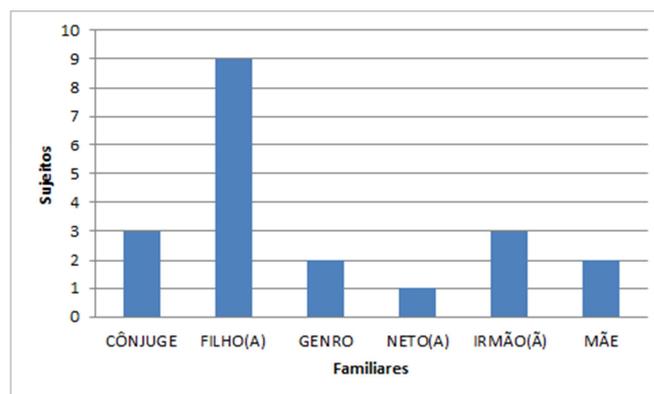
#### 4.1.2.3. Aspectos relacionados ao cuidado

A Tabela 19 apresenta as características relacionadas ao cuidado.

Dados	Grupos	%	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Tempo de cuidado dispensado em meses	6 a 12	63	19	15,37	6	72	±15,37
	13 a 18	20	6				
	19 a 24	7	2				
	25 a 72	10	3				
Ajuda de outros membros da família	Sim	50	15	-	-	-	-
	Não	50	15	-	-	-	-
Dispensação de cuidado a outro familiar	Sim	33	10	-	-	-	-
	Não	67	20	-	-	-	-

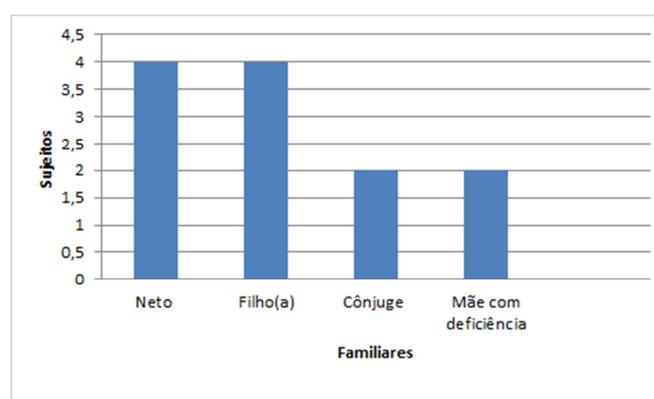
**Tabela 19: Características do cuidado (n=30)**

Observa-se uma grande variabilidade do tempo de lesão, que se estendeu entre 6 a 72 meses de lesão, com uma média é de 15,37 meses (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURA 11). Identificou-se que 50% (n=15) da amostra de cuidadores recebiam ajuda de outros membros da família em relação aos cuidados com o sujeito com AVC, sendo os filhos, cônjuges e irmãos os principais responsáveis por este auxílio, conforme o Gráfico 15.



**Gráfico 15: Familiares que auxiliam no cuidado da pessoa com AVC (n=15)**

Ainda na Tabela 19 identificou-se que um terço da amostra de cuidadores também dispensava cuidados a outros familiares, além do sujeito com AVC (33%, n=10), sendo todos estes do sexo feminino. Dentre os familiares que recebiam esse cuidado estavam: neto e filhos e filhas com deficiência, conforme apresenta o Gráfico 16.



**Gráfico 16: Cuidado com outros familiares (n=10)**

#### 4.1.2.4. Aspectos cotidianos

A Tabela 20 expõe algumas atividades cotidianas dos cuidadores.

Dados	Grupos	%	N
Atividades de lazer	Sim	73	22
	Não	27	8
Tipo de atividades de lazer	Religiosa	46	18
	Com parentes e amigos	36	14
	Cultural	13	5
	Atividade física	5	2
Horas de sono por dia	Menos de 8	67	20
	Mais de 8	27	8
	8	6	2
Qualidade do sono	Interrompido	70	21
	Contínuo	30	9

**Tabela 20: Atividades cotidianas (n=30)**

Observou-se que 73% (n=22) da amostra realizava uma ou mais atividades de lazer, sendo a religiosa e a com parentes e amigos as mais citadas. Ainda se tratando das atividades de lazer, observou-se baixa participação em atividades culturais (13%) e atividades físicas (5%). Outro aspecto avaliado refere-se ao sono dos cuidadores, no qual se observou que 67% (n=20) dormiam menos que 8 horas por dia e 70% (n=21) apresentavam sono interrompido.

A Tabela 21 traz dados relativos ao aspecto religioso na vida dos sujeitos.

Dados	Grupos	%	N
Crenças religiosas	Sim	100	30
	Não	0	0
Religião	Católica	47	14
	Evangélica	43	13
	Espírita	7	2
	Católica e evangélica	3	1

**Tabela 21: Aspectos religiosos (n=30)**

Identificou-se por meio da tabela acima, que todos os sujeitos possuem alguma crença religiosa, embora nem todos sejam praticantes. As religiões mais citadas foram: a católica e a evangélica.

#### 4.1.2.5. Sobrecarga relacionada ao cuidado

A Tabela 22 diz respeito aos dados da sobrecarga relacionada ao trabalho, obtidos por meio do instrumento ZBI.

Dados	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Sobrecarga	29,6	5	80	±17,29

Tabela 22: Dados sobrecarga (n=30)

Visualiza-se que os resultados apresentaram grande variabilidade, sendo o menor 5 e o maior 80 pontos e o valor médio 29,6 pontos (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURA 12).

O Gráfico 17 refere-se aos dados relativos à classificação em relação ao nível de sobrecarga, de acordo com o referido instrumento.

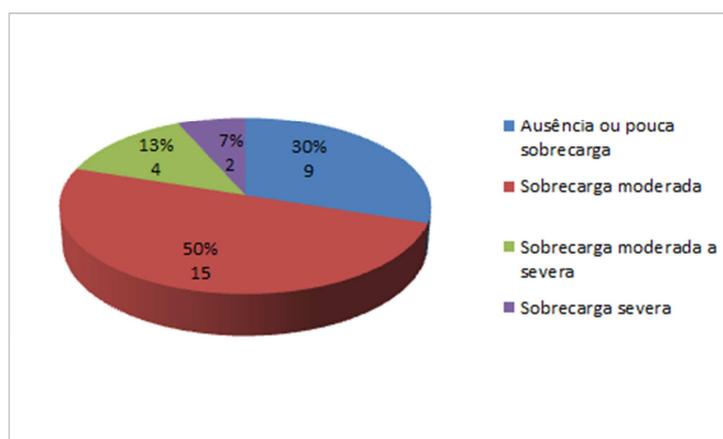
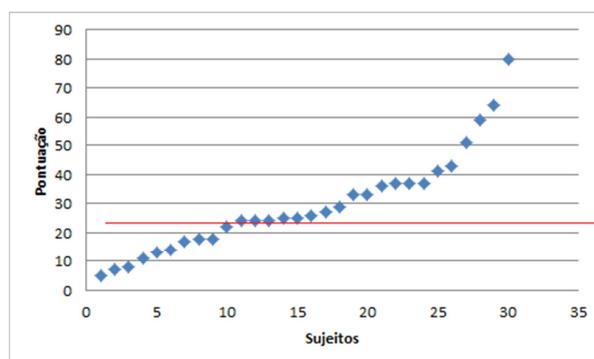


Gráfico 17: Classificação do nível de sobrecarga (n=30)

Observou-se que 70% da amostra apresentou sobrecarga significativa, sendo 50% moderada; 13% moderada a severa; enquanto 7% severa.

O Gráfico 18 apresenta os dados relativos ao risco preditivo para desenvolvimento de depressão, segundo a nota de corte da escala ZBI, proposta por Schreiner e colaboradores (2006), que varia entre 24 e 26 pontos.



**Gráfico 18: Nota de corte preditiva para risco de desenvolvimento de depressão (n=30)**

Identificou-se que 67% (n=20) dos sujeitos possuem fatores preditivos de risco significativo para desenvolvimento de depressão.

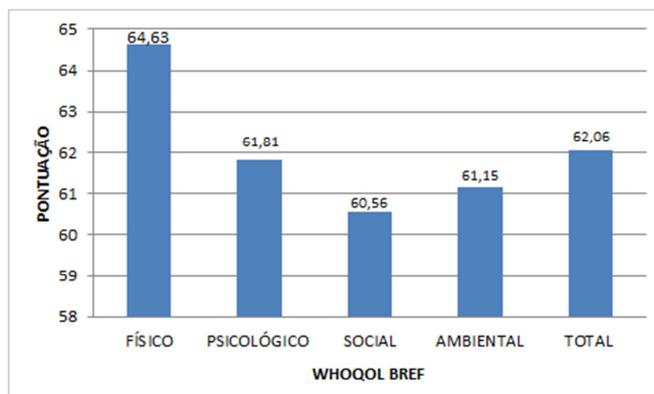
#### 4.1.2.6. Qualidade de vida

Na Tabela 23 observam-se os dados referentes aos domínios e o valor total do instrumento WB, que variou entre 18,30 a 88,50 pontos (cf. APÊNDICE D1 – PARTE A – FIGURAS 13 a 17).

Domínios	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Físico (%)	64,63	7,10	100	±23,84
Psicológico (%)	61,81	4,20	95,80	±19,67
Social (%)	60,56	25	100	±17,08
Ambiental (%)	61,15	6,30	96,90	±20,31
Qualidade de vida (%)	62,06	18,30	88,50	±17,26

**Tabela 23: Dados qualidade de vida**

Gráfico 19 aponta as médias de cada domínio e a total, sendo a maior observada no domínio físico.



**Gráfico 19: Valor médio dos Domínios e do WB Total (n=30)**

## 4.2. Coeficiente de Correlação de Pearson

O Coeficiente de Correlação de Pearson foi utilizado com o objetivo de verificar a presença de correlações entre dois grupos de variáveis: (1) idade do sujeito com AVC, tempo de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado, independência motora, cognitiva e total, cognição, dor no corpo, sobrecarga e qualidade de vida; (2) idade do cuidador, renda per capita, aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais e as outras variáveis. Desse modo, tal análise foi dividida em Parte 1 e Parte 2, respectivamente, de acordo com tais objetivos.

### 4.3.1. Parte 1

Durante esta etapa buscou-se verificar a presença e a intensidade de correlações entre as variáveis descritas na Tabela 24, a seguir:

<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>
COG	Cognição
DC	Dor no corpo
ID1	Idade do sujeito com AVC em anos
IND C	Independência cognitiva
IND M	Independência motora
IND T	Independência total
QV	Qualidade de vida
SOB	Sobrecarga
TCD	Tempo de cuidado dispensado em meses
TL	Tempo de lesão em meses
TR	Tempo de reabilitação

**Tabela 24: Descrição das variáveis analisadas – Parte 1**

A Tabela 25 apresenta a matriz de correlação com os valores referentes ao cruzamento individual de cada par de variáveis analisadas. Visando facilitar a análise desta tabela, foram destacados em azul os coeficientes positivos, que são caracterizados pelo aumento ou diminuição simultânea em ambas as variáveis; e em amarelo aqueles negativos, nos quais o aumento de uma variável está associado à diminuição da outra e vice-versa.

		ID1	TL	TR	IND M	IND C	IND T	COG	TCD	DC	SOB	QV
ID1	$\rho$	1,000										
	P											
TL	$\rho$	0,173	1,000									
	P	0,360										
TR	$\rho$	0,048	0,660	1,000								
	P	0,800	0,000**									
IND M	$\rho$	0,101	-0,228	-0,400	1,000							
	P	0,594	0,226	0,029*								
IND C	$\rho$	0,098	-0,044	-0,353	0,847	1,000						
	P	0,607	0,819	0,056	0,000**							
IND T	$\rho$	0,104	-0,177	-0,398	0,985	0,925	1,000					
	P	0,586	0,350	0,029*	0,000**	0,000**						
COG	$\rho$	0,092	-0,039	-0,343	0,827	0,912	0,882	1,000				
	P	0,628	0,838	0,064	0,000**	0,000**	0,000**					
TCD	$\rho$	0,164	1,000	0,660	-0,224	-0,038	-0,172	-0,037	1,000			
	P	0,386	0,000**	0,000**	0,233	0,842	0,362	0,845				
DC	$\rho$	0,065	0,125	-0,039	0,207	0,157	0,199	0,248	0,123	1,000		
	P	0,733	0,511	0,838	0,272	0,406	0,293	0,186	0,519			
SOB	$\rho$	0,120	-0,035	-0,006	-0,194	-0,201	-0,203	-0,173	-0,047	0,168	1,000	
	P	0,526	0,856	0,976	0,303	0,287	0,281	0,362	0,807	0,376		
QV	$\rho$	-0,099	0,208	-0,020	-0,098	0,003	-0,069	-0,063	0,216	-0,402	-0,414	1,000
	P	0,601	0,270	0,916	0,608	0,988	0,718	0,743	0,251	0,028*	0,023*	

ID1 – idade do sujeito com AVC; TL – tempo de lesão; TR – tempo de reabilitação; IND M – independência motora; IND C – independência cognitiva; IND T – independência total; COG – cognição; TCD – tempo de cuidado dispensado; DC – dor no corpo; SOB – sobrecarga; QV – qualidade de vida.

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01.

**Tabela 25: Matriz de correlações para variáveis específicas**

A Tabela 26 diz respeito à especificação de cada uma das correlações encontradas na tabela anterior, bem como a intensidade das mesmas, facilitando a compreensão dos resultados.

<b>Correlação</b>	<b>Intensidade</b>	<b>Relação</b>
COG x IND M	Forte	Positiva
COG x IND C	Forte	Positiva
COG x IND T	Forte	Positiva
IND M x IND C	Forte	Positiva
IND M x IND T	Forte	Positiva
IND C x IND T	Forte	Positiva
IND M x TR	Moderada	Negativa
IND T x TR	Moderada	Negativa
QV x DC	Moderada	Negativa
QV x SOB	Moderada	Negativa
TL x TR	Moderada	Positiva
TL x TCD	Forte	Positiva
TR x TCD	Moderada	Positiva

ID1 – idade do sujeito com AVC; TL – tempo de lesão; TR – tempo de reabilitação; IND M – independência motora; IND C – independência cognitiva; IND T – independência total; COG – cognição; TCD – tempo de cuidado dispensado; DC – dor no corpo; SOB – sobrecarga; QV – qualidade de vida.

**Tabela 26: Intensidade das correlações significativas**

Analisando as Tabela 25 e 26 observou-se a presença de correlação positiva de forte intensidade entre o tempo de lesão e tempo de cuidado dispensado ( $\rho = 1,000$ ). Ainda notou-se correlação positiva de intensidade moderada entre o tempo de lesão e o tempo de reabilitação ( $\rho = 0,660$ ); e entre o tempo de reabilitação e de cuidado dispensado ( $\rho = 0,660$ ). Por conseguinte, entende-se que quanto maior o tempo de lesão do sujeito com AVC, maior será o tempo de reabilitação e de cuidado dispensado a este, ou o vice-versa.

Se tratando da independência funcional, observou-se que a independência cognitiva dos sujeitos com AVC apresenta correlação positiva com a independência motora ( $\rho = 0,847$ ), assim como a independência total apresentou correlações com a independência cognitiva ( $\rho = 0,925$ ) e a total ( $\rho = 0,985$ ), sendo todas caracterizadas por forte intensidade. Dessa maneira, entende-se que indivíduos com AVC caracterizados por maiores níveis de independência motora também

apresentam maiores níveis de independência cognitiva, o que também incorre no aumento da independência total, ou o inverso.

Também foi possível identificar correlação negativa entre o tempo de reabilitação e a independência motora ( $\rho = -0,400$ ) e total ( $\rho = -0,398$ ) dos sujeitos com AVC, sendo ambas de intensidade moderada. Desse modo, compreende-se que sujeitos com AVC mais independentes do ponto de vista motor e total também apresentam um maior tempo de reabilitação, ou vice-versa.

No que se refere à cognição, observou-se correlação positiva de intensidade forte entre esta variável e a independência motora ( $\rho = 0,827$ ), cognitiva ( $\rho = 0,912$ ) e total ( $\rho = 0,882$ ). Assim, sujeitos com AVC com melhores índices cognitivos, também apresentam maiores níveis de independência do ponto de vista motor, cognitivo e total, ou o inverso.

Por último, observou-se correlação negativa entre a qualidade de vida e as variáveis dor ( $\rho = -0,402$ ) e sobrecarga ( $\rho = -0,414$ ) dos cuidadores, sendo ambas de intensidade moderada. Dessa maneira, pode-se dizer que cuidadores de sujeitos com AVC caracterizados por maiores índices de dor e sobrecarga também possuem menores níveis de qualidade de vida, ou vice-versa.

Após a finalização de tal etapa, realizou-se a análise fatorial das mesmas variáveis com o objetivo de testar as correlações obtidas através do coeficiente de correlação de Pearson (cf. APÊNDICE D2).

#### 4.3.2. Parte 2

A segunda parte do Coeficiente de Correlação de Pearson objetivou a verificação de novas correlações envolvendo outras variáveis, as quais estão descritas na Tabela 27, a seguir:

Variável	Descrição
ID2	Idade do cuidador em anos
RENDA PC	Renda per capita
AMB	Aspecto ambiental
FIS	Aspecto físico
PSI	Aspecto psicológico
SOC	Aspecto social

Tabela 27: Descrição das variáveis analisadas – Parte 2

Visando melhor apresentação dos resultados destas análises, estas foram divididas em 3 etapas, a saber:

I – Etapa 1: verificação da presença de correlações entre a variável idade do cuidador e as outras variáveis: idade do sujeito com AVC, dor no corpo, sobrecarga, qualidade de vida no cuidador familiar;

II – Etapa 2: verificação da presença de correlações entre a variável renda per capita e as variáveis: independência motora, cognitiva e total, sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores familiares;

III – Etapa 3: verificação da presença de correlações entre as variáveis dos domínios ambiental, físico, psicológico e social relacionados a qualidade de vida e as variáveis: independência cognitiva, motora e total e cognição do sujeito com AVC e sobrecarga, dor e qualidade de vida do cuidador familiar.

A Tabela 28 refere-se às correlações da Etapa 1, envolvendo a idade do cuidador familiar.

Item		ID1	DC	SOB	QV
ID2	$\rho$	0,195	-0,055	-0,071	-0,035
	P	0,301	0,774	0,711	0,855

ID1 – idade do sujeito com AVC; DC – dor no corpo;  
SOB – sobrecarga; QV – qualidade de vida; ID2 – idade do cuidador.

**Tabela 28: Correlações para a idade do cuidador**

Analisando a Tabela 28, tem-se que variável idade do cuidador não estava relacionada significativamente com nenhuma das variáveis: idade do sujeito com AVC ( $\rho = 0,195$ ), dor ( $\rho = -0,055$ ), sobrecarga ( $\rho = -0,071$ ) e qualidade de vida ( $\rho = -0,035$ ).

A Tabela 29 diz respeito às correlações da Etapa 2, envolvendo a renda per capita.

Dados		IND M	IND C	IND T	SOB	QV
RENDA PC	$\rho$	0,171	0,267	0,208	-0,158	0,063
	P	0,367	0,153	0,271	0,404	0,740

IND M – independência motora; IND C – independência cognitiva; IND T – independência total; SOB – sobrecarga; QV – qualidade de vida; RENDA PC – renda per capita.

**Tabela 29: Correlações para a renda per capita**

Por meio da tabela acima se notou que a renda per capita não apresentou correlação significativa com nenhuma variável analisada: independência motora ( $\rho = 0,171$ ), independência cognitiva ( $\rho = 0,267$ ) e independência total ( $\rho = 0,208$ ) dos sujeitos com AVC e sobrecarga ( $\rho = -0,158$ ) e qualidade de vida ( $\rho = 0,063$ ) nos cuidadores familiares.

A Tabela 30 trata-se das correlações da Etapa 3, concernente os domínios da qualidade de vida. Conforme realizado anteriormente, visando facilitar a análise dos dados, foram destacados em azul e amarelo os coeficientes positivos e negativos, respectivamente.

		IND M	IND C	IND T	COG	ID2	DC	QV	SOB	RENDA PC
FIS	$\rho$	-0,050	-0,005	-0,038	-0,050	0,004	-0,501	0,905	-0,394	0,105
	p	0,792	0,979	0,843	0,792	0,984	0,005**	0,000**	0,031*	0,582
PSI	$\rho$	-0,081	0,062	-0,038	-0,068	-0,105	-0,310	0,860	-0,292	0,014
	p	0,669	0,743	0,841	0,720	0,582	0,096	0,000**	0,117	0,940
SOC	$\rho$	-0,027	0,092	0,010	-0,032	0,038	-0,188	0,525	-0,040	-0,117
	p	0,887	0,630	0,958	0,865	0,841	0,319	0,003**	0,833	0,538
AMB	$\rho$	-0,136	-0,036	-0,108	-0,039	-0,045	-0,215	0,879	-0,470	0,090
	p	0,475	0,851	0,569	0,836	0,814	0,254	0,000**	0,009**	0,635

IND M – independência motora; IND C – independência cognitiva; IND T – independência total; COG – cognição; ID2 – idade do cuidador; DC – dor no corpo; QV – qualidade de vida; SOB – sobrecarga; RENDA PC – renda per capita; FIS – domínio físico; PSI – domínio psicológico; SOC – domínio social; AMB – domínio ambiental.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

**Tabela 30: Correlações para os domínios da qualidade de vida**

A Tabela 31 apresenta um resumo geral das correlações significativas para os domínios da qualidade de vida, juntamente com a intensidade e interpretação de cada uma.

<b>Correlação</b>	<b>Intensidade</b>	<b>Relação</b>
AMB x SOB	Moderada	Negativa
AMB x QV	Forte	Positiva
FIS x DC	Moderada	Negativa
FIS x SOB	Moderada	Negativa
FIS x QV	Forte	Positiva
PSI x QV	Forte	Positiva
SOC x QV	Moderada	Positiva

DC – dor no corpo; QV – qualidade de vida; SOB – sobrecarga; FIS – domínio físico; PSI – domínio psicológico; SOC – domínio social; AMB – domínio ambiental.

**Tabela 31: Intensidade das correlações significativas 2**

Através da Tabela 30 e 31 verificou-se a existência de correlação negativa de intensidade moderada entre o domínio físico e as variáveis: dor no corpo ( $\rho = -0,501$ ) e sobrecarga ( $\rho = -0,394$ ). Por conseguinte, pode-se afirmar que cuidadores com piores pontuações no aspecto físico também apresentam maiores níveis de dor e sobrecarga, ou o inverso.

Ainda observou-se correlação negativa e de intensidade moderada entre o domínio ambiental e a variável sobrecarga ( $\rho = -0,470$ ). Assim, entende-se cuidadores com melhores condições relacionadas aos aspectos ambientais possuem menores índices de sobrecarga, ou o vice-versa.

Por fim, identificou-se correlação positiva entre a variável qualidade de vida e os domínios físico ( $\rho = 0,905$ ), psicológico ( $\rho = 0,860$ ), social ( $\rho = 0,525$ ) e ambiental ( $\rho = 0,879$ ), sendo a correlação entre a qualidade de vida e o aspecto social de intensidade moderada, enquanto as outras de intensidade forte. Dessa maneira, cuidadores com melhores condições físicas, psicológicas, sociais e ambientais também apresentam melhores índices de qualidade de vida, ou o inverso.

## 5. DISCUSSÃO

---

### 5.1. Sujeitos com AVC

#### 5.1.1. Características sociodemográficas

A amostra de sujeitos com AVC foi composta exclusivamente por sujeitos do sexo masculino, preponderantemente casados (60%) e idosos (87%), com média de 70 anos de idade.

Esses dados são corroborados por estudos, nacionais e internacionais, realizados com sujeitos com AVC, que reforçam a predominância da doença na população idosa e em sujeitos casados (HILLMAN; CHAPARRO, 1995; KAUHANEN et al, 2000; HOPMAN; VERNER, 2003; CRUZ et al, 2014).

A opção deste estudo por sujeitos do sexo masculino ocorreu em decorrência destes apresentarem maior incidência da doença quando comparados ao feminino, sendo a prevalência apontada como 1,6 vezes maior no sexo masculino, considerando o grupo etário dos 25 aos 64 anos (SOUSA, 2007).

Apesar da amostra deste estudo ser composta predominantemente por indivíduos idosos, há uma proeminência de 13% de sujeitos na idade adulta, com idade a partir de 30 anos. A presença significativa de AVC em adultos, com idade entre 29 e 59 anos, tem sido apontada em estudos nacionais e internacionais (CORR; PHILLIPS; WALKER, 2004; FALCÃO et al, 2004).

Apesar de estudos indicarem maiores chances dos indivíduos sofrerem AVC com o aumento da idade, sobretudo após os 40 anos; no sexo masculino a doença costuma ocorrer em uma idade inferior do que nas mulheres (AZEREDO; MATOS, 2003; SOUSA, 2007).

#### 5.1.2. Escolaridade e atividades profissionais

A amostra de sujeitos com AVC apresentou proeminência de sujeitos com baixos níveis de escolaridade (93%), e uma média de 3,6 anos de estudo. Esses dados caminham alinhados com daqueles apresentados no estudo de CRUZ e colaboradores (2014), os quais apontam baixos níveis de escolaridade dentre a amostra de sujeitos com AVC, cuja mediana é de 4 anos de

estudo. Esses fatores podem estar relacionados ao fato dos locais de coleta de ambas as pesquisas serem serviços públicos de saúde, que atendem público de média e baixa renda.

Anteriormente ao AVC, todos os sujeitos da amostra estavam inseridos no mercado de trabalho, sendo predominantes aqueles que, ao longo da vida, exerceram atividades com pouca ou nenhuma qualificação (97%). Também se apresentaram proeminentes as atividades de trabalho caracterizadas por esforço físico e/ou baixo envolvimento intelectual, tais quais: pedreiro, lavrador e motorista.

A baixa qualificação profissional também pode ser justificada pelos baixos níveis de escolaridade apresentados pela amostra, bem como pelas baixa e média renda, advinda de usuários dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, o estudo de Falcão e colaboradores (2004) reforça tais achados apontando uma amostra de sujeitos com AVC, caracterizada pela pouca qualificação profissional, que desenvolvia, especialmente, atividades braçais ou de menor envolvimento intelectual.

Os baixos níveis educacionais são apontados como fatores diretamente relacionados a diversos grupos de doenças, principalmente as doenças cerebrovasculares, tendo em vista a prevalência em populações com menores níveis educacionais. Esses fatos são explicados em decorrência da melhor nutrição e capacidade de resolução de problemas intrínsecos por parte de sujeitos com maiores níveis de escolaridade (PINCUS; CALLAHAN; BURKHAUSER, 1987).

Após o adoecimento, houve um predomínio de sujeitos inativos em relação às atividades laborais (93%), considerando-se a impossibilidade de retorno ao mercado de trabalho decorrente das limitações pós-AVC. Na coleta, predominaram sujeitos aposentados (73%), seguidos dos desempregados (13%) e assegurados por auxílio doença ou outros benefícios sociais (7%).

Dificuldades no desempenho laboral de sujeitos com AVC são apontadas por Corr e Wilmer (2003), tendo em vista as limitações motoras, cognitivas e emocionais, com importantes consequências nos papéis produtivos. Outro estudo, que buscou investigar os papéis ocupacionais entre sujeitos com AVC, apontou como um dos mais ausentes entre os sujeitos, o papel de trabalhador (CRUZ et al, 2014).

Assim, considerando que cerca de metade da amostra desta pesquisa se encontrava na faixa de idade produtiva, que de acordo com Wong e Carvalho (2006) gira em torno de 15 e 64 anos, é possível inferir o impacto que o AVC acarreta na vida funcional dos sujeitos em diversos aspectos. Corr e Wilmer (2003), complementando tais dados, apontam aspectos negativos

relativos ao afastamento das atividades laborais, tanto no que se refere à queda da produtividade, quanto às repercussões na autoestima e identidade pessoal dos indivíduos.

Esses baixos índices de retorno ao trabalho também foram observados em outros estudos com sujeitos com AVC, tendo em vista a dificuldade de retorno a essas atividades após o adoecimento. Um estudo brasileiro aponta índices de 40% de inatividade entre uma amostra de sujeitos com AVC, em decorrência de emprego, aposentadoria ou invalidez (SANTANA; FUKUJIMA; OLIVEIRA, 1996). Esses dados podem ser complementados pela proeminência de 40% de aposentadorias decorrentes de sequelas de AVC no Brasil (FALCÃO et al, 2004; CRUZ et al, 2014).

Considerando que a média de retorno ao trabalho dos sujeitos deste estudo é de 6%, pode-se dizer que a mesma apresenta-se abaixo da média encontrada em estudos internacionais, nos quais se observaram retornos em torno de 70% e 60% entre as amostras estudadas. Ainda nesse contexto são apontadas necessidades de limitação nas jornadas, bem como mudanças nas atividades desenvolvidas em decorrência das limitações (CHING-LIN; MONG-HONG, 1997; NEAU et al, 1998).

O retorno às atividades laborais pode ser dificultado pelo desemprego e pela dificuldade de reinserção no mercado de trabalho após o adoecimento. Cruz e colaboradores (2014) justificam esses aspectos apontando a deficiência e a baixa escolaridade como fatores que podem contribuir para a não reinserção às atividades laborais após o AVC. Ratificando tais dados, estudos indicam que a baixa escolaridade das pessoas com deficiência está relacionada ao emprego em cargos auxiliares, que exigem mais esforço físico do que intelectual, e desse modo, incidem em influências negativas para o desempenho do papel social do trabalho (FALCÃO et al, 2004; VELTRONE; ALMEIDA, 2010).

Também é possível apontar comprometimentos significativos no que diz respeito aos aspectos econômicos, considerando o fato de a amostra ser composta exclusivamente por sujeitos do sexo masculino, os quais historicamente são os principais responsáveis pela renda familiar, apesar das mudanças culturais relacionadas ao papel da mulher no mercado de trabalho (VALDÉS; OLIVARRÍA, 1998).

A influência da escolaridade, bem como da qualificação profissional foram observados na reinserção ao trabalho dos sujeitos com AVC desta pesquisa, tendo em vista que apenas dois sujeitos da amostra retornaram às atividades laborais, sendo um engenheiro e o outro o mecânico.

O primeiro executa atividades com maior demanda de esforços intelectuais do que motores e, conseqüentemente, apresentou maior facilidade no retorno ao mercado de trabalho, embora com a presença de limitações físicas.

O estudo de Falcão e colaboradores (2004) ratificam esses achados, tendo em vista o relato de associação entre retorno ao trabalho a um melhor nível de educação. Os autores evidenciaram as desvantagens em que se encontram os sujeitos da amostra, que além das limitações decorrentes do AVC, também apresentavam condições de baixa escolarização e ocupavam vagas no setor informal. Esses dados podem ser indicativos de baixo poder aquisitivo e de escassez de oportunidades anteriormente ao AVC.

Estudos apontam outros fatores que influenciam na condição de retorno ao trabalho, tais como a depressão, a afasia, o local de trabalho sem possibilidade de ajustes de função, a gravidade do quadro motor e a limitação da mobilidade, todos esses considerados negativos. Por outro lado, como positivos foram apontados: terapia de reabilitação, habilidade para a fala, maior nível de educação e condições da instituição de emprego (CHING-LIN; MONG-HONG, 1997; NEAU et al, 1998).

Nesse sentido, Cruz (2012) reforça a necessidade de intervenções para o retorno ao trabalho bem como incentivos ao desempenho do papel de trabalhador por pessoas com deficiência física, tendo em vista o impacto no âmbito laboral.

### **5.1.3. Características do AVC**

No presente estudo, houve predomínio de lesões isquêmicas (57%) e lesões no hemisfério cerebral direito (50%), sendo altos os índices de sujeitos que necessitaram de cuidados hospitalares especializados após o AVC (90%). Estudos brasileiros corroboram com esses dados, apresentando uma preponderância de AVC do tipo isquêmico e no hemisfério direito entre os sujeitos com AVC (CABRAL et al, 1997; COSTA; SILVA; ROCHA, 2011). A literatura aponta o AVC isquêmico como o responsável por cerca de 80% dos casos de doenças encefalovasculares (BARROS, 2003).

Dentre a amostra, predominaram os sujeitos com sequelas motoras permanentes, sendo as mais citadas a hemiparesia à esquerda e hemiparesia à direita (40% e 27%). Dados do estudo de Lima, Costa e Soares (2009) ratificam a predominância de comprometimentos no hemicorpo

esquerdo, com o predomínio de sequelas motoras tipo hemiplegia, seguida de hemiparesia à esquerda entre os sujeitos avaliados. Esse fato parece estar diretamente relacionado à prevalência do AVC no hemisfério cerebral direito, conforme apresentado anteriormente.

Observa-se ainda uma alta preponderância dentre os sujeitos na faixa entre 6 meses e 12 meses de lesão (63%) e de reabilitação (50%), sendo o tempo médio de cada um, respectivamente, 12 e 9 meses. Um estudo apresentou dados semelhantes no que se refere ao tempo de lesão de sujeitos com AVC, que se apresentou em média de 13,8 meses (CALASANS; ALOUCHE, 2004).

Observou-se que os tempos de lesão e de reabilitação demonstraram-se muito próximos, indicando um possível início do tratamento em torno do terceiro mês de lesão, que perdura até os dias atuais na maioria da amostra. Apesar de uma proeminência da amostra entre o 6º e 12º mês de lesão, a literatura prevê que esses sujeitos já ultrapassaram o maior período de ganhos funcionais, tendo em vista que este se situa entre 1º e 6º mês após o AVC (BRUNO, 2004; CAROD-ARTAL et al, 2002).

Embora o tempo de maiores ganhos já tenha sido ultrapassado, a literatura aponta que no período posterior aos 6 meses também são observados ganhos, porém com maior espaçamento de tempo (CARDOSO; FONSECA; COSTA, 2003). Nesse sentido aponta-se a importância dos serviços de reabilitação para a melhora da qualidade de vida dos sujeitos, destacando-se assim o papel do cuidador como importante figura deste cenário (APRILE et al, 2008).

A reabilitação visa além da recuperação dos déficits, a reintegração social, ganhos funcionais e qualidade de vida para os sujeitos e os cuidadores, conforme aponta Cecatto (2012). Um estudo com sujeitos com AVC que passaram por um serviço de reabilitação demonstrou que estes obtiveram um aumento significativo no seu desempenho ocupacional após o tratamento de reabilitação (CORR; PHILLIPS; WALKER, 2004).

No que tange à saúde dos sujeitos com AVC, observou-se a presença de comorbidades associadas ao AVC (87%), sendo as mais prevalentes aquelas que também são consideradas de risco para a doença: hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus e cardiopatias.

Tais dados são corroborados por Lessa (1999), que aponta a hipertensão arterial como o principal fator de risco preditivo para o AVC, o qual se faz presente em 70% dos casos. Em seguida estão as cardiopatias, cuja frequência é de 51% e, por último a Diabetes Mellitus, em 23% dos sujeitos que sofreram AVC isquêmico.

Ainda neste sentido, vale ressaltar que a presença dessas doenças, somada à predominância do AVC no sexo masculino, pode estar relacionada à maior exposição a fatores de risco para a doença, bem como menores índices de cuidados com a saúde, conforme Figueira (2008).

Reforçando tais dados, o estudo de Alves e colaboradores (2011) constataram a ausência de práticas preventivas entre os homens, por variados motivos, especialmente de ordem cultural. Ao contrário dos homens, as mulheres tendem a atentar-se mais em relação aos serviços de saúde, principalmente pela maior facilidade em falar e reconhecer os problemas de saúde e seus sintomas, bem como procurar e usar os serviços preventivos (TRAVASSOS et al, 2002).

Ainda nesse sentido, Alves e colaboradores (2011) apontam como justificativa principal para esses traços a presença de concepções hegemônicas de que os homens constituem um grupo invulnerável e forte, propagando o entendimento de que os cuidados preventivos são tipicamente femininos.

A presença de baixa escolaridade associada à presença de uma alta prevalência das comorbidades anteriormente apresentadas, pode ser vista como um fator de risco para a recuperação, considerando que mais anos de estudo foram relacionados ao aumento da sobrevida, melhor controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares e melhor capacidade de retomar as suas atividades (FALCÃO et al, 2004).

#### **5.1.4. Independência funcional**

Através da MIF avaliou-se o nível de independência entre os sujeitos com AVC, sendo observada uma variabilidade total de 18 a 126 e média de 81 pontos. Em relação à independência motora e cognitiva, observaram-se médias de 56 e 25, respectivamente.

Um estudo com idosos que sofreram AVC apontou dados parecidos, sendo a variabilidade entre 32 a 126 e média de 97. Nos domínios motor e cognitivo foram de 68,9 e 28,1, respectivamente (CRUZ; DIOGO, 2009). Esses achados mostraram-se superiores ao estudo de validação do instrumento, com sujeitos que sofreram lesões encefálicas, o qual apresentou média de 54,1 no domínio total (RIBERTO et al, 2004).

Complementando tais achados, estudos que se utilizaram de outros instrumentos para avaliação da independência funcional apontaram um predomínio de 60% de sujeitos com

necessidade de auxílio do cuidador para a realização de uma ou mais destas tarefas (PACHECO; SANTOS; PACHECO, 2013; PEREIRA et al, 2013).

Dentre a amostra houve o predomínio de sujeitos dependentes funcionalmente (63%), sendo a grande maioria indicativa de uma dependência modificada (56%), a qual é caracterizada pela necessidade de assistência por parte de um cuidador, podendo variar de 0 a 75% de auxílio. Achado semelhante a esse foi encontrado em um estudo que utiliza a MIF para avaliação da funcionalidade em indivíduos que sofreram AVC, sendo observado o predomínio de níveis de comprometimento funcional moderado (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011).

Uma possível justificativa para a alta proeminência de sujeitos dependentes funcionalmente neste estudo consiste no fato do primeiro ano de lesão pós-AVC ser caracterizado por uma dependência marcante e pela maior exigência de cuidados, tendo em vista que a maioria dos sujeitos encontra-se na faixa entre 6 a 12 meses de lesão (AZEREDO; MARCOS, 2003).

Os itens que apresentaram predomínio de dependência foram: a alimentação, o subir e descer escadas e o vestuário superior e inferior. Esses dados podem ser explicados pelo déficit motor, decorrente da hemiparesia/hemiplegia, com impacto significativo na marcha e função manual. Alguns estudos apresentam resultados diferentes apontando médias inferiores nos itens cuidados pessoais, mobilidade e locomoção (RIBERTO et al, 2001; BENVEGNI et al, 2008).

Ademais, observou-se que os itens que apresentaram maior predomínio de assistência total foram: expressão, interação social, resolução de problemas e memória, o que demonstra o impacto das alterações cognitivas, promovendo alterações na linguagem, incluindo dificuldades para falar e produzir palavras de forma sequencial, com impacto significativo na capacidade de compreensão de informações escritas ou faladas e na funcionalidade dos sujeitos (NYS et al; 2005; GLYMOUR et al, 2008; RIBADI et al, 2008; VUKOVIC; VUKSANOVIC; VUKOVIC, 2008).

Os sujeitos com lesões no hemisfério cerebral esquerdo apresentaram pontuações mais baixas na MIF, mostrando-se mais dependentes quando comparados aos sujeitos com lesões no direito. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de validação do instrumento, bem como em outro estudo, que identificou diferenças na independência funcional com comparação a topografia cerebral do AVC, além de observados maiores índices de evolução entre aqueles sujeitos com lesões no hemisfério direito (VENTURA 2002; RIBERTO et al, 2004).

Um estudo português visando compreender as manifestações clínicas do AVC, bem como seu impacto na funcionalidade dos sujeitos, identificou que lesões no hemisfério esquerdo resultavam em alterações de memória e alterações práxicas, enquanto no direito em alterações na organização visomotora, atenção e funções executivas. No que se refere aos aspectos motores, observou-se que as lesões no direito também se relacionam a um melhor desempenho motor, haja vista a manutenção das habilidades motoras no membro dominante (PIRES, 2013).

O estudo de Pires (2013) ratifica esses achados uma vez que apresentou maiores níveis de dependência para uma atividade instrumental simples entre os sujeitos com lesões à direita comparados aqueles com lesões à esquerda. Não houve diferença significativa em relação ao tempo gasto, já que ambos encontraram-se diminuídos, no entanto, por outro lado, os sujeitos com lesões à esquerda apresentaram um maior número de erros e omissão de passos e violação de normas de segurança durante a atividade.

Dessa maneira, os achados do presente estudo, no que se refere aos maiores índices de dependência entre os sujeitos com lesões à esquerda, podem estar relacionados a limitações na comunicação, comprometimento da memória e dificuldades para acompanhar instruções e treinamentos, decorrentes de lesões à esquerda, bem como pelo melhor desempenho cognitivo ou pela preservação da dominância em sujeitos com lesões à direita.

Quanto à marcha, os dados obtidos por meio da MIF apontam para dependência completa em relação à locomoção em um terço dos sujeitos. Observou-se, através de outros instrumentos de coleta de dados, que cerca de 16% da amostra se apresentou acamada, enquanto 60% reportou dificuldades em relação à locomoção, sendo necessário auxílio para esta, seja através de apoio de familiares, bengala ou cadeira de rodas. Por conseguinte, cerca de 67% dos sujeitos afirmaram o uso de algum recurso de tecnologia assistiva, sendo os dispositivos mais utilizados a cadeira de rodas, a cadeira de banho e a bengala.

O estudo de Falcão e colaboradores (2004) apresenta dados consonantes aos desta pesquisa, tendo em vista que a maioria dos sujeitos, também apresentou déficit na locomoção para longas distâncias, sendo necessário ajuda familiar e/ou do uso de dispositivos auxiliares, como bengala, cadeira de rodas, andador, entre outros. O trabalho de Falcão e colaboradores (2004) apresentou uma taxa inferior a 10% de limitação em relação à locomoção no interior do domicílio entre adultos jovens. Já no estudo de Lincoln e colaboradores (1999) foi observada uma taxa de 27% de incapacidade severa em relação à deambulação entre idosos com AVC.

Se tratando do desempenho na marcha e a funcionalidade, o estudo de Alzahrani, Dean e Ada (2001) aponta relações entre piores desempenhos na marcha e limitações nas atividades dentro do ambiente domiciliar e comunidade, predispondo os sujeitos ao isolamento e a diminuições na participação social.

### 5.1.5. Cognição

Em relação ao MEEM verificou-se uma grande variabilidade de dados, que vão de 0 a 29 pontos e média de 16,63. Identificou-se nota média igual a 10 entre os analfabetos e sujeitos com 1 a 4 anos de estudo, a qual está abaixo da nota de corte proposta pelo estudo de validação do instrumento, por outro lado, os sujeitos escolarizados apresentaram médias iguais ou maiores que as propostas pelo estudo de validação (BRUCKI et al 2003). Um estudo com sujeitos com AVC, em comparação com esse estudo, apresentou médias maiores em relação a analfabetos, porém médias menores em relação a sujeitos escolarizados (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011).

Observou-se que 77% dos sujeitos apresentaram possíveis déficits cognitivos, tendo em vista a preponderância de notas de corte abaixo daquelas sugeridas para cada escolaridade. Esses achados são corroborados por outro estudo com sujeitos com AVC, no qual a maioria da amostra apresentou déficits cognitivos através do rastreio por meio do mesmo instrumento (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011; PEREIRA et al, 2013).

A alta proeminência de déficits cognitivos pode ser explicada pelo processo de senescência dos idosos, considerando que 57% dos sujeitos desta amostra situam-se entre 60 e 79 anos, enquanto 30% a partir de 80 anos. Confirmando tais ideias, Ribaldi e colaboradores (2008) explica que o processo de envelhecimento acarreta diversas mudanças neurofisiológicas que predisõem os sujeitos a um declínio cognitivo, sendo esse identificado em cerca de 5 a 10% da população idosa em geral.

Além desses aspectos, a alta prevalência do AVC após os 60 anos, pode consistir em uma possível explicação para o alto índice de alterações cognitivas nesse estudo. O AVC nessa faixa etária é caracterizado por um aumento na porcentagem de comprometimentos cognitivos, uma vez que está presente em torno de 50% dos acometidos com déficits mais graves quando comparados a sujeitos mais novos (GLYMOUR et al, 2008; RIBADI et al, 2008).

Um terceiro fator que pode justificar as baixas pontuações no instrumento refere-se aos baixos níveis de escolaridade, que somados à idade do sujeito, podem consistir em fatores negativos para o desempenho em relação aos aspectos cognitivos (ALMEIDA, 1998).

Considerando os hemisférios lesionados, identificou-se uma maior incidência de comprometimento cognitivo em sujeitos com lesões à esquerda, tendo em vista que estes apresentaram pontuações mais baixas no instrumento. Esses dados também são ratificados pelo estudo de Spalletta e colaboradores (2002) que identificou um maior prejuízo cognitivo em sujeitos com lesões nesse hemisfério.

Esses dados podem ser justificados pelas limitações na comunicação, comprometimento da memória e dificuldades para acompanhar instruções e treinamentos, decorrentes de lesões à esquerda, conforme apontado anteriormente.

No que se refere ao impacto da cognição na vida dos sujeitos com AVC, observa-se através do estudo de Nys et al (2006) que piores níveis cognitivos podem estar relacionados a piores índices de qualidade de vida, bem como ao desenvolvimento da depressão.

## **5.2. Cuidadores dos Sujeitos com AVC**

### **5.2.1. Perfil sociodemográfico**

Os cuidadores familiares eram sujeitos adultos, com idade média de 58 anos, sendo predominantemente do sexo feminino (90%) e casados (63%). A maior parte da amostra ocupava papéis de cônjuge (57%) ou filho (a) (23%) em relação ao sujeito com AVC e residia juntamente com este.

Esses dados são reforçados por alguns estudos com cuidadores de sujeitos com AVC, no que se refere ao sexo, estado civil e parentesco e proximidade com o sujeito adoecido (RIBERTO et al, 2001; PERLINI; FARO, 2005; NICKEL et al, 2010). Um estudo internacional também reforça a predominância de mulheres e cônjuges entre os cuidadores desses sujeitos (SALAMA; EL-SOUD, 2012). Estudos com familiares de indivíduos em outras situações de dependência também apresentam um perfil muito próximo ao dos cuidadores deste estudo (GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012; BAUAB; EMMEL, 2014).

Esses achados podem ser explicados em detrimento da amostra ser composta exclusivamente por indivíduos com AVC do sexo masculino, sendo o cuidado advindo principalmente do cônjuge. A literatura aponta como alta a frequência de familiares, sobretudo cônjuges, que se responsabilizam pelo cuidado de seu parceiro, no caso de doenças crônicas (MENDES, 1998). A definição do familiar dá-se mediante alguns fatores, dentre eles: a proximidade física, afetiva e parental e o fato de ser mulher (MENDES, 1995; ANDERSHED et al, 1999; WATANABE; DERNIL, 2005).

Embora muitas mudanças tenham ocorrido no âmbito social e familiar, bem como novos papéis tenham sido assumidos pelas mulheres no mercado de trabalho, ainda perdura nos dias atuais a cultura do cuidado como uma atividade estritamente feminina (WATANABE; DERNIL, 2005).

Acerca da renda per capita dos cuidadores da amostra, observou-se que a média era de R\$ 694,19, sendo o menor valor de R\$0,00 e o maior valor de R\$2.666,66. A faixa mais predominante de sujeitos com AVC situava-se no grupo entre meio e um salário mínimo per capita (43%), seguido do grupo de 0 a meio salário mínimo (27%). Vale salientar que parte da renda desses sujeitos é advinda da aposentadoria ou de benefícios recebidos pelos sujeitos com AVC, bem como de outros membros da família.

Esses dados são confirmados pelo estudo de Vieira e Fialho (2010), no qual se observou uma preponderância de renda entre 1 e 2 salários mínimos, seguido pelo grupo que possui até 1 salário mínimo, sendo a fonte principal de renda semelhante a dos sujeitos desta amostra.

A baixa renda apresentada por este estudo pode relacionar-se aos baixos níveis de escolaridade apresentados pelos sujeitos. Estudos apontam que níveis mais baixos de renda consistem em um fator potencial que pode comprometer as condições de saúde e, conseqüentemente, ocasionar piora das condições de qualidade de vida dos indivíduos (TAVARES et al, 2007).

### **5.2.2. Escolaridade e atividades profissionais**

Sobre a escolaridade, observou-se que a maioria dos cuidadores apresentou baixos níveis de instrução (73,5), caracterizados por uma média de 5,2 anos de estudo. Dados semelhantes também são apontados em outros estudos como o de Perlini e Faro (2005), no qual se observou

uma preponderância de escolaridade referente ao 1<sup>a</sup> grau, assim como o de Pereira e colaboradores (2013), com média de 4 anos de estudo entre os cuidadores.

A respeito da situação profissional anterior ao cuidado a maioria dos sujeitos declarou exercer alguma atividade profissional (87%), sendo que uma parcela associava tais atividades com as de cuidado com o lar (67%), em sua totalidade mulheres. Dentre aqueles sujeitos que exerciam alguma atividade laboral, observou-se o predomínio de atividades com pouca ou nenhuma qualificação, características do mercado de trabalho informal, bem como culturalmente atribuídas à figura da mulher, como a de auxiliar doméstica, cozinheira, passadeira, dentre outras.

Após o início dos cuidados, a atividade de cuidados com o lar continuou sendo a principal entre as mulheres, destas 34% se declararam exclusivamente do lar, 30% também eram aposentadas, e 23% também estavam inseridas no mercado de trabalho. Esses dados podem ser explicados em detrimento de se tratar de uma amostra predominantemente conjugal em relação aos sujeitos com AVC, especialmente na faixa de idade entre adulto e idoso.

Se tratando do vínculo com o mercado de trabalho, observou-se uma redução nas atividades profissionais após o início dos cuidados com o familiar de 87% para 33%. O estudo de Grunfeld e colaboradores (2004) também apontou uma taxa de 5% dos cuidadores que pararam de trabalhar ou diminuíram sua jornada em decorrência dos cuidados com o sujeito dependente. Nesse sentido, Rocha e colaboradores (2008) referem como frequentes as interrupções na carreira profissional em detrimento de assumir o papel de cuidador.

Entre os sujeitos que ainda trabalhavam no momento da coleta, observou-se que as atividades mantiveram suas características de pouca ou nenhuma qualificação, sendo em maioria culturalmente atribuídas a figura feminina. A baixa qualificação da amostra de cuidadores é um fator que pode estar diretamente relacionado aos baixos níveis de escolaridade apresentados pela amostra, bem como pela baixa renda apresentada, ou até mesmo pela questão de gênero.

Perlini e Faro (2005) também apresentam uma amostra em maioria composta por mulheres que exerciam atividades de cuidado com o lar. Além de tais atividades culturalmente serem relacionadas à figura feminina, Machado, Jorge e Freitas (2009) relacionam tais atividades como parte do cuidado com o indivíduo com AVC, sendo as principais o preparo de alimentos e cuidados com a casa.

Alguns estudos também apresentam resultados nesse sentido, como o de Baumann e colaboradores (2011) que aponta como principais atividades laborais entre as mulheres aquelas

relacionadas à prestação de serviço, que exigem baixos níveis de qualificação, como faxineira, cozinheira, lavadeira, entre outros.

Culturalmente, a figura feminina está diretamente ligada às responsabilidades domésticas e cuidados com os filhos e, de acordo com Bauer (2001), essas características datam da metade do século XIX, quando ocorreu uma difusão de ideias que atribuíam à mulher o dever de dedicar-se à família, ao marido e às atividades domésticas. Essas ideias, ainda perduram até os dias atuais, apesar das diversas mudanças ocorridas na sociedade.

Santi (2000) aponta um modelo que delimita papéis relacionados ao feminino em oposição ao masculino no que se refere ao trabalho, no qual cabe à mulher o espaço privado, as tarefas de servir e atender aos outros, enquanto ao homem o espaço público, com atividades independentes e complexas. Ainda que as mulheres se insiram no mercado de trabalho, estão condicionadas a estas condições, uma vez que desenvolvem, em grande maioria, tarefas destinadas culturalmente à figura da mulher, tais como: o cuidado com a casa, roupa, alimentação e crianças ou outras atribuições culturalmente femininas, por exemplo: secretária e enfermeira.

O acúmulo de atividades laborais, de cuidados com a casa e com o sujeito com AVC pode ser entendido tomando-se por base o fato dos cuidadores dos sujeitos com AVC residirem com estes, obrigando-os a desenvolverem simultaneamente diversas ocupações referentes ao seu contexto de vida e do seu familiar.

A vida cotidiana pode ser entendida como parte constitucional do sujeito, sendo composta por um conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares, os quais por sua vez, criam a possibilidade de reprodução social (HELLER, 1977). Esta se revela na rede das relações sociais dos sujeitos, nas atividades costumeiras de auto-cuidado e auto-manutenção, de forma a contribuir para os movimentos de autodeterminação do indivíduo, de reorganização do coletivo e ressignificação do cotidiano (GALHEIGO, 2003).

Nesse contexto, o assumir o cuidado de outro indivíduo pode levar a modificações na estrutura do cotidiano do cuidador, tendo em vista que as atividades e ocupações cotidianas passam a ser substituídas pela responsabilidade de cuidar e suas implicações (ZEMKE; CLARK, 1996). Por conseguinte, o cotidiano estritamente focado no outro pode determinar a diminuição nas possibilidades de relações e trocas sociais desse sujeito, com impacto em sua qualidade de vida.

### 5.2.3. Saúde dos cuidadores

No que diz respeito à saúde dos cuidadores, todos os sujeitos do sexo masculino negaram qualquer tipo de problema de saúde, dor no corpo ou problemas emocionais. Por outro lado as mulheres relataram uma média de 2 problemas de saúde (83%), além de presença de dor no corpo (73%), e problemas emocionais (33%). Dentre os problemas de saúde mais citados destacam-se a hipertensão, as artropatias e a Diabetes Mellitus, e dentre os emocionais, a depressão, seguida da ansiedade.

Esses dados são confirmados por Barros e colaboradores (2006) que, estudando as doenças crônicas mais frequentes na população brasileira em geral, com base nos dados do Suplemento Saúde da PNAD-2003, observaram o predomínio de doenças de coluna, hipertensão, artrite/reumatismo, depressão e asma. No estudo ainda se observou uma preponderância de doenças crônicas entre a população feminina, assim como no trabalho de Pinheiro e colaboradores (2002).

Esses aspectos podem estar relacionados ao fato das mulheres apresentarem uma maior tendência a reconhecer os problemas de saúde, bem como a procurar serviços de saúde; ao contrário dos homens, que costumam buscar com uma frequência muito menor, especialmente para uma prática preventiva (TRAVASSOS et al, 2002). Conforme colocado anteriormente, esse é um fator cultural dentre os indivíduos do sexo masculino, justificado pela concepção de que constituem um grupo invulnerável e forte (ALVES et al, 2011).

Outro fator importante que pode justificar a preponderância de problemas de saúde entre as mulheres refere-se à cultura da figura feminina como responsável pelo papel de cuidado. Pinheiro reforça que essa concepção leva a mulher a uma melhor percepção sobre os conhecimentos e habilidades para reconhecimento dos sintomas e sinais físicos relacionados à saúde. Desta forma, as mulheres possuem maior conhecimento e a familiaridade em relação às terminologias médicas e o significado de sinais e sintomas indicativos de doenças, o que as auxiliam na percepção de alterações na própria saúde (PINHEIRO et al, 2002).

O estudo de Barros e colaboradores (2006) aponta uma relação significativa entre a desigualdade social e a presença de doenças crônicas no Brasil, tendo em vista que os sujeitos com menor escolaridade apresentaram mais da metade de prevalência de doenças crônicas quando comparados aos de melhor nível. Dados semelhantes também são identificados em

estudos internacionais (MACINTYRE; DER; NORRIE, 2005; WESTERT, 2005; LETHBRIDGE-CEJKU; SCHILLER; BERNADEL, 2004).

Complementando tais dados, Santos e Duarte (2009), apontam alguns fatores de risco, que podem justificar a prevalência de algumas doenças na população de baixa renda: excesso de peso, insuficiente atividade física, baixo consumo de frutas e hortaliças e tabagismo. Tais aspectos podem reforçar a possível justificativa para os altos índices de problemas de saúde entre os cuidadores do presente estudo, que além de apresentarem baixos níveis de renda, também estão submetidos a baixos níveis de escolaridade.

Os inícios dos problemas de saúde, problemas emocionais e dor foram muito diversificados, sendo apontados diversos fatores estressores, dentre eles o AVC do familiar, a morte e adoecimento de outros familiares e a aposentadoria.

As demandas decorrentes do cuidar de um familiar com AVC indicam o cuidado como fator preditivo para a depressão e outros sintomas psiquiátricos, além de outros problemas de saúde, tendo em vista a sobrecarga desencadeada por tal atividade (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003; ORSO, 2007). Ratificando tais dados, Bocchi (2004) identificou diversos trabalhos com cuidadores de sujeitos com AVC, que passaram a apresentar alterações na saúde, como cefaleia, perda de peso, hipertensão, distúrbios alimentares e gástricos.

No contexto do cuidado, os problemas emocionais podem ser consequências do isolamento social do cuidador, conforme Bocchi (2004). O autor aponta que o isolamento se dá em decorrência das muitas atividades desempenhadas, como a perda do companheiro (a) para atividades sociais, a vergonha em relação aos distúrbios comportamentais do sujeito com AVC, as mudanças nos relacionamentos familiares e no círculo de amigos, a relutância por suporte e o isolamento pela nova vizinhança quando é preciso mudar-se para atender as necessidades de acessibilidade.

Alguns autores também apresentam relações entre os aspectos emocionais e sintomas físicos, como a dor. Segundo Oliveira (2000), a depressão pode ser um fator desencadeador de dor, ou a dor pode levar ao desenvolvimento da depressão entre os sujeitos. A ansiedade também é apontada por Pagano e colaboradores (2004) como um fator relacionado à dor, sendo geralmente associado à tensão, nervosismo e preocupações excessivos.

Ainda se tratando da dor, observou-se que 77% dos cuidadores deste estudo apresentaram dor em um ou mais locais do corpo, exclusivamente no sexo feminino. Com base na EVA foi

possível observar pontuação média de 5 pontos em relação à dor, sendo alta a proeminência de nota 10 entre as pontuações apontadas pelos cuidadores.

Com relação à prevalência da dor na população em geral, o estudo de Kraychete e colaboradores (2003) reforça diferenças entre os sexos, uma vez que aponta a maior frequência desta na população feminina, sendo também mais intensa e de maior duração, comparada ao sexo masculino. Esses dados também são corroborados por outros estudos internacionais que também destacam maiores índices de dor entre mulheres (BLYTH et al, 2001; ELLIOTT et al, 1999).

A literatura aponta a dor como um sintoma objetivo da sobrecarga em cuidadores de sujeitos com doenças crônicas, tendo em vista todas as demandas que esta atividade acarreta (GARRETT, 2003; FIGUEIREDO; SOUSA, 2008). Assim, os altos índices de dor entre os sujeitos deste estudo e a indicação do início dos cuidados como ponto de partida para o sintoma doloroso podem relacionar-se à sobrecarga apresentada pela amostra, principalmente pelo longo tempo de cuidado dispensado por parte dos cuidadores.

A associação entre as dores e as doenças osteomusculares também é apresentada por Kraychete e colaboradores (2003). Esse dado possibilita pensar na associação entre a presença de artropatias, fibromialgia e problemas na coluna e dor nos cuidadores familiares deste estudo. Tais doenças podem estar relacionadas às demandas de ordem física decorrentes do cuidar de sujeitos em situação de dependência, tendo em vista a maioria dos sujeitos (63%) apresentaram dependência completa ou parcial de cuidados.

Desse modo, pode-se inferir que o esforço físico decorrente das tarefas de higiene, vestuário, posicionamento, eliminação vesical, preparo da alimentação, alimentação, auxílio para locomoção, transferências, dentre outras, podem acarretar um aumento na sobrecarga física e conseqüentemente o aparecimento de doenças crônicas, especialmente osteomusculares e dor.

Sobre os tratamentos, observou-se que preponderaram os cuidadores que faziam acompanhamento nos serviços públicos de saúde (83%), fato este que pode estar relacionado à baixa e média renda apresentada pelos sujeitos com AVC.

Ainda nesse sentido, observou-se que a maioria da amostra faz uso de medicações em geral, enquanto 20% faz uso de psicofármacos. Esse dado apresentado pelos sujeitos pode estar relacionado à grande quantidade de problemas de saúde apresentados pelos cuidadores, em especial doenças crônicas e dor.

Sobre os fatores de risco, observou-se o tabagismo em 17% da amostra, enquanto o alcoolismo em 23%, sendo 2 homens que fazem uso de cigarro e 3 de álcool. Esses dados são reforçados por discussões anteriores acerca do maior cuidado com a saúde por parte da população feminina, especialmente no que se refere aos aspectos preventivos, bem como a um maior comportamento de risco por parte da população masculina, conforme Figueira (2008) e Pinheiro e colaboradores, (2002).

#### **5.2.4. Aspectos relacionados ao cuidado**

Sobre o tempo de cuidado dispensado, observou-se uma média de 15 meses, sendo mais preponderante o tempo de cuidado que varia entre 6 e 12 meses (63%). Esses dados parecem relacionar-se ao tempo de lesão apresentado pelos sujeitos com AVC deste estudo e com o fato da maioria dos cuidadores acompanharem o sujeito com AVC desde o adoecimento e hospitalização.

O tempo de cuidado dispensado aos sujeitos desta amostra caminha alinhado com outros estudos, como o de Perlini e Faro (2011), que apresentou uma amostra de cuidadores de sujeitos com AVC com uma média de 18 meses de tempo de cuidado dispensado. Um estudo com cuidadores desses sujeitos, acompanhados por um ambulatório de neurologia do nordeste do país, apresentou uma média de 21 meses (VIEIRA; FIALHO, 2010). Esses dados implicam numa provisão de custos com cuidadores para a reabilitação destes sujeitos, sendo também um importante dado para a formulação de políticas públicas de saúde e reabilitação.

Considerando o entendimento de Kielhofner (1991) sobre a importância do papel das ocupações na vida dos sujeitos, bem como a significativa influência destas no estado de saúde, assumir o cuidado de um familiar em situação de adoecimento pode ocasionar modificações no cotidiano, com redefinição de seus projetos de vida e relações sociais, especialmente se este cuidado tornar-se prolongado ou permanente.

Diversos outros impactos relativos à tarefa de cuidar da saúde de pessoas com doenças crônicas são apontados na literatura, dentre estes: altas taxas de depressão e outros sintomas psiquiátricos e problemas de saúde (ORSO, 2007). Complementando tal ideia, o estudo de Giacomini, Uchoa e Lima (2005) constatou que os cuidadores de idosos submetem-se a maiores riscos de morbidades psiquiátricas e físicas, quando comparados à população geral. Esses

aspectos podem agravar-se no caso de cuidados com sujeitos com doenças crônicas e incapacitantes, como o AVC.

Ainda nessa linha, Brito e Rabinovich (2008) explicam tal condição partindo da ideia de que a tarefa de cuidar, em especial do idoso, acarreta sobrecarga de ordem física, emocional e social para o cuidador familiar, levando também a deterioração da saúde em decorrência da exposição continuada a essas condições. Os autores também reforçam a importância de cuidados voltados a esse público, que além de produção de cuidados, também favorece a proteção dos sujeitos em adoecimento.

Essa sobrecarga pode ser agravada pelo fato do sujeito cuidar sozinho, sem ajuda de outros membros da família ou profissionais com formação especializada, fato esse que foi observado em metade dos cuidadores desta amostra. Dados semelhantes foram encontrados em alguns estudos com cuidadores de idosos (MAZZA; LEFÈVRE, 2005; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002; GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2000).

Por fim, outro aspecto relevante relacionado ao cuidado, encontrado entre os cuidadores deste estudo, refere-se ao fato de 33% dispensarem cuidados em relação a outros familiares, como netos e filhos e cônjuge com deficiência, sendo as mulheres as principais responsáveis por este cuidado. Essa atividade, somada a outros papéis desempenhados pelos cuidadores retratam um acúmulo de papéis, reforçando as atribuições históricas e culturais relacionadas ao papel da mulher em relação ao cuidado (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

### **5.2.5. Aspectos cotidianos**

Sobre o cotidiano dos cuidadores dos sujeitos com AVC, observou-se que a maioria (73%) da amostra possui uma ou mais atividades de lazer, sendo as mais frequentes as religiosas (46%) e com parentes e amigos (36%).

O estudo de Batista e colaboradores (2012) realizou uma investigação entre cuidadores sobre o lazer, antes e depois do início dos cuidados e identificou que, após o início dos cuidados, apesar dos cuidadores familiares continuarem a desenvolver atividades de lazer, houve significativa diminuição na frequência em comparação a momentos anteriores da vida. Outros estudos também apontam que, após o início dos cuidados, ocorreram mudanças na vida deste cuidador em relação à restrição no tempo para atividades de lazer (MARTINS; RIBEIRO;

GARRETT, 2003; FLORIANI; SCHRAMM, 2006; BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008; NICKEL et al, 2010).

Um estudo que aborda a sobrecarga em cuidadores familiares de sujeitos com AVC apontou o comprometimento de viagens e férias, assim como mudanças nas atividades físicas, comunitárias e religiosas (BOCCHI, 2004). Machado, Jorge e Freitas (2009) apontam que apesar da importância do lazer no cotidiano dos sujeitos, tais atividades tornam-se prejudicadas após o adoecimento do familiar, tendo em vista que se faz necessária a atenção constante em relação a estes, muitas vezes por 24 horas. Assim, os cuidadores que mais participam das atividades de lazer são aqueles que possuem um familiar que os auxiliam no cuidado durante os momentos de ausência (EUZÉBIO; RABINOVICH, 2006).

Embora estudos tenham demonstrado dados que apontam para diminuições nas atividades de lazer entre os cuidadores, o presente estudo se limitou a investigar tais atividades apenas momento da coleta, condição essa que impossibilita a constatação de perdas após o início dos cuidados. Assim, a baixa participação dos cuidadores deste estudo nas atividades culturais e físicas pode ser explicada em detrimento das mudanças na rotina, secundárias ao cuidar, como também pode ser uma prática pouco frequente, inclusive antes do AVC do familiar.

Ainda sobre o lazer, observou-se que as atividades mais citadas referem-se àquelas de cunho religioso. Esse fato pode estar relacionado à presença de 100% de crenças religiosas entre os cuidadores, cuja mais frequente é a católica (47%), seguida da evangélica (43%).

O estudo de Bocchi (2004) identificou diminuição na participação dos cuidadores de sujeitos com AVC em relação às atividades religiosas, a qual, comparada a outras participações, foi apontada como a de maior importância. Nesse sentido, a fé pode ser entendida como um recurso utilizado para cultivar a esperança, agindo como fator mediador em relação ao enfrentamento das dificuldades no cuidado domiciliar (BRONDANI et al, 2010).

A segunda atividade de lazer mais proeminente foi a com parentes e amigos. Apesar desse fator, o estudo de Batista e colaboradores (2012) identificou que 40% dos cuidadores sofreram redução do convívio com outros membros da família após começarem a cuidar do familiar adoecido, fato esse que causou importante impacto nas relações familiares. Bocchi (2004) apontou em seu trabalho a dificuldade dos cuidadores encontrarem parentes ou amigos, sinalizando, nesse sentido, a redução de visitas de amigos ao longo do tempo em decorrência da nova rotina.

Ainda se tratando das atividades de lazer, observou-se baixa participação em atividades físicas (5%). Um estudo qualitativo com cuidadores acima de 60 anos de sujeitos idosos apontou dados que demonstravam uma boa percepção por parte dos cuidadores sobre a importância das atividades físicas na manutenção da saúde, porém a maioria dos entrevistados entendia tais atividades como aquelas de cuidados com a casa, ir ao banco ou fazer compras, demonstrando uma compreensão equivocada em relação ao tema (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

A baixa participação em atividades de físicas pode ser relacionada aos altos índices de dor (73%) e problemas de saúde (83%) apresentados pelos cuidadores desta amostra. Segundo Matsudo (1999), o sedentarismo constitui em um importante fator de risco para as doenças coronarianas e doenças cerebrovasculares, sendo apontados índices de 70% em um estudo epidemiológico realizado no estado de São Paulo.

Estudos ainda apontam que os exercícios físicos como importante fator na prevenção, bem como na diminuição da gordura corporal, incremento de massa, força muscular, densidade óssea e flexibilidade, melhora da postura, aumento da ventilação pulmonar, diminuição da pressão arterial, melhora do perfil lipídico, melhora da sensibilidade à insulina, melhora da autoestima, diminuição do estresse, ansiedade, depressão e alterações no humor. Ademais, também são apontados fatores como a maior disposição física e mental, diminuição do uso de medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos, insulina e tranquilizantes (SANTAREM, 1996; SAMULSKI; LUSTOSA, 1996; MATSUDO, 1999).

O estudo de Macedo e colaboradores (2003) compararam indivíduos praticantes de exercício aos pouco ativos, sendo observado entre os primeiros diferenças significantes em relação à capacidade funcional, com melhores índices em relação aos aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde. Segundo os autores, a atividade física apresenta efeitos positivos em relação ao humor, motivação, bem como em relação a outros fatores como a reabilitação funcional de articulações com processos degenerativos ou inflamatórios crônicos.

Considerando que as atividades físicas consistem em fatores preventivos, bem como passíveis de melhora da saúde em geral, a baixa participação nas atividades físicas entre os cuidadores deste estudo parece corroborar com a alta prevalência de problemas de saúde entre os

mesmos, os quais apresentavam altos índices de hipertensão, artropatia, Diabetes Mellitus, depressão e ansiedade.

Por outro lado, a ausência de atividades física pode ser explicada em detrimento da sobrecarga decorrente das atividades de cuidar, tendo em vista a interferência desta na percepção em relação à necessidade de cuidados com a saúde, como a realização de exercícios físicos e atividades corporais (BOCCHI, 2004).

Outro aspecto cotidiano que se apresentou prejudicado entre os cuidadores deste estudo refere-se ao sono dos cuidadores, uma vez que a maioria (67%) relatou dormir menos de 8 horas por dia, sono esse caracterizado por interrupções ao longo da noite (70%). Esses achados são confirmados pelo estudo de Bocchi (2004), que identificou em diversos trabalhos alterações na rotina dos cuidadores, sendo apontadas consequências como o cansaço e os distúrbios de sono, uma vez que os cuidadores passaram a dormir tarde e ter seu sono interrompido em decorrência dos cuidados dispensados.

A presente pesquisa limitou-se a investigar apenas o lazer e o sono dos cuidadores, não averiguando outros aspectos cotidianos. No entanto, observam-se estudos que apontam alterações significativas em diversos aspectos, dentre eles no autocuidado e vida sexual.

Bauab e Emmel (2014) apontaram diminuição significativa na participação de cuidadores familiares em atividades de autocuidado, como ir ao cabeleireiro, manicure e depilação. Bocchi (2004) também apresentou dados que indicam dificuldades por parte dos cuidadores a desenvolverem atividades de cuidado com a própria saúde. Esses aspectos podem ser prejudiciais tendo em vista a presença de efeitos adversos sobre a sua saúde emocional, em decorrência do isolamento social e redução das atividades de lazer, bem como aumento do sedentarismo.

Outro aspecto cotidiano não analisado por este estudo refere-se à atividade sexual, que no estudo de Bauab e Emmel (2014) apresentou-se com prejuízos em 62% da amostra, em decorrência do pouco tempo disponível, especialmente por se tratar de cônjuges cuidadores. Outros estudos reforçam esses fatores apontando a influencia do AVC no relacionamento de um casal devido a alterações na sua intimidade e sexualidade (BÉTHOUX et al, 1996; FORSBERG-WÄRLEBY; MÖLLER; BLOMSTRAND, 2004).

### **5.2.6. Sobrecarga relacionada ao cuidado**

A sobrecarga, medida por meio da escala ZBI, apresentou valor médio de 29 pontos e demonstrou grande variabilidade, estendendo-se de 5 a 80 pontos. O estudo de Pereira e colaboradores (2013) apresentou dados próximos aos desta pesquisa, com uma média de 34 pontos na referida escala. Um estudo japonês apresentou média em torno 28 pontos, aproximando-se ainda mais da média deste estudo (MARIMOTO; SCHIREINER; ASANO, 2003).

Além disso, observou-se que 70% da amostra apresentou indícios de sobrecarga, sendo 50% moderada, 13% moderada a severa e 7% severa. O estudo de Pereira e colaboradores (2013) reforça esses dados, apontando o predomínio de sobrecarga moderada entre os cuidadores.

Bocchi (2004) aponta que a sobrecarga pode ser um fator relacionado a alguns aspectos do cuidado: o isolamento social; as mudanças e insatisfações sociais; as dificuldades financeiras; os déficits na saúde e no autocuidado do cuidador. Dessa maneira, a baixa renda, os problemas de saúde, a diminuição nas atividades de lazer, as alterações cognitivas e a dependência dos sujeitos com AVC podem ser apontados como possíveis justificativas para os altos índices de sobrecarga neste estudo.

Por meio da escala ZBI ainda foi possível identificar um risco preditivo para desenvolvimento de depressão em 67% da amostra, fato esse que pode relacionar-se à presença de depressão em 33% da amostra de cuidadores. A literatura também confirma esses dados, apontando a sobrecarga como um possível fator gerador de depressão, tendo em vista os comprometimentos que causa na vida do indivíduo (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Esses dados podem relacionar-se a presença de problemas emocionais entre 33% dos sujeitos desta amostra, bem como ao uso de psicofármacos por 20% dos cuidadores.

### **5.2.7. Qualidade de vida**

No presente estudo observou-se uma média de 62,06 pontos para a escala WB total. A média total deste estudo demonstrou-se muito próxima a de um estudo de cuidadores de sujeitos com AVC, porém apresentou-se abaixo da apresentada por um estudo com mulheres idosas ativas (CIESLAK et al, 2007; SANTOS, 2010).

Ainda observou-se que a maior média entre os domínios da qualidade de vida deste estudo apresentou-se no físico enquanto a menor no social. No estudo de Cieslak et al (2007) a maior média também apresentou-se no domínio físico e a menor no ambiental. Já no estudo de Santos, 2010, identificou-se maior média no psicológico e menor no meio ambiente.

O fato da menor média relativa aos domínios da qualidade de vida do cuidador deste estudo situar-se no âmbito social pode ser explicado pelas modificações na estrutura do cotidiano decorrente da tarefa de cuidar. Zemke e Clark (1996) ratificam esses achados ao colocarem o assumir o cuidado com o outro leva a substituição das atividades e ocupações cotidianas, ocasionando diminuição nas possibilidades de relações e trocas sociais do cuidador, com consequente impacto em sua qualidade de vida.

Alguns estudos indicam menores índices de qualidade vida entre os cuidadores, quanto comparados à população em geral (VITANEN et al, 1988; BRÄNNHOLM et al, 1996; NICKEL et al, 2010). Esses fatores podem ser justificados pelas alterações decorrentes do cuidado, bem como pela sobrecarga decorrente da tarefa de cuidar, independente do tipo de doença crônica do familiar (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2000; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; SANTOS; GUTIERREZ, 2013; SANTOS; CARDOSO, 2012).

No caso de cuidadores de sujeitos com AVC, observa-se que estudos apontam que estes apresentam menores índices de qualidade de vida comparados a grupos controle (VITANEN et al, 1988; BRÄNNHOLM et al, 1996). Também se observa que menores índices de qualidade de vida estão relacionados a maiores índices de estresse (MCCULLAGH et al, 2005).

Considerando a amostra predominantemente marital deste estudo, é possivelmente apontar comprometimentos na qualidade de vida social dos sujeitos, fato esse ratificado pelo estudo de Béthoux e colaboradores (1996), que aponta importante nível de comprometimentos à qualidade de vida dos cônjuges.

### **5.3. Correlações**

Os resultados do teste de correlação de Pearson foram discutidos em 7 grupos, visando uma melhor visualização dos resultados.

### **5.3.1. Independência e cognição nos sujeitos com AVC**

As análises demonstraram a presença de correlações entre as variáveis: independência motora, cognitiva e total e a cognição dos sujeitos com AVC, confirmando então a hipótese inicial deste estudo de que indivíduos com maior número de alterações cognitivas também apresentam maiores níveis de dependência funcional.

Ratificando tais dados, alguns estudos nacionais e internacionais, apresentam resultados que apontam correlações entre essas variáveis em sujeitos com AVC (TATEMICHII et al, 1994; KWA; LIMBURG; HAAN, 1996; CALASANS; ALOUCHE, 2004).

Essa relação entre a cognição e a independência pode ser explicada pela dificuldade encontrada no processo de reabilitação, uma vez que alguns estudos apontam a primeira como fator preditor na recuperação funcional, especialmente pela necessidade de componentes do desempenho cognitivo na execução dos exercícios e intervenções utilizadas no processo de recuperação (HAGGARD et al, 2000; ZINN et al, 2004; HERSHKOVITZ; BRILL, 2007).

Esses aspectos são confirmados pelos altos índices de dependência funcional nos sujeitos com lesões no hemisfério esquerdo, tendo em vista a maior incidência de comprometimentos cognitivos, tais como: limitações na comunicação e memória e dificuldades para acompanhar instruções e treinamentos (SPALLETTA et al, 2002; VENTURA 2002; RIBERTO et al, 2004; PIRES, 2013).

Outro fator que pode justificar tais correlações refere-se à baixa escolaridade apresentada por esta amostra. Estudos apontam esse fator como determinante para um pior desempenho dos aspectos cognitivos, menores índices de sucesso no processo de recuperação, pior desempenho funcional e maiores dificuldades para retomar as atividades cotidianas (ALMEIDA, 1998; FALCÃO et al, 2004).

### **5.3.2. Sobrecarga, dor e qualidade de vida nos cuidadores familiares**

No coeficiente de correlação de Pearson não se identificou correlação entre a dor e a sobrecarga. Por conseguinte, refuta-se a hipótese de que cuidadores com maiores níveis de dor, também apresentam maiores níveis de sobrecarga.

O estudo de Ribeiro e Garrett (2003) contraria esses achados, apontando que a dor como um sintoma objetivo da sobrecarga, tendo em vista a constatação de correlações entre ambas. Essa relação pode ser explicada com base na sobrecarga de ordem física, decorrente das atividades desenvolvidas pelos cuidadores (KRAYCHETE et al, 2003; MARTINS; RIBEIRO, GARRETT, 2003) ou pela sobrecarga de ordem emocional, resultante das alterações no cotidiano, dificuldades em lidar com a nova situação, bem como diminuição na vida social ocasionada pelo cuidar (OLIVEIRA, 2000; BOCCHI, 2004; PAGANO et al, 2004).

Ainda neste estudo observaram-se a presença de correlações negativas entre a qualidade de vida e as variáveis: dor e a sobrecarga dos cuidadores. Desse modo, pode-se dizer que a hipótese de que cuidadores com maiores níveis de dor e maiores níveis de sobrecarga também apresentam menores índices de qualidade de vida foi confirmada.

Alguns estudos confirmam esses achados apontando correlações inversas entre a sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores de sujeitos com AVC (HUGHES et al, 1999; MCCULLAGH et al, 2005). Estudos qualitativos também apontam a influência da sobrecarga, decorrente da responsabilidade de cuidar, na saúde e qualidade de vida dos cuidadores familiares (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2000; BOCCHI, 2004; BOCCHI; ANGELO, 2005).

Nas buscas realizadas não foram encontrados estudos que relacionem a dor com a qualidade de vida dos cuidadores. No entanto, identificaram-se alguns estudos com outras populações, que relacionam maiores níveis de dor a menores índices de qualidade de vida, confirmando os dados deste estudo (MARTINEZ et al, 1988; BRASIL et al, 2008).

Considerando a relação inversa entre maiores níveis de sobrecarga e dor e a qualidade de vida, pode-se ressaltar a importância das intervenções direcionadas àqueles que cuidam de pessoas com AVC, no sentido de melhora da saúde mental e redução da sobrecarga do cuidador, conforme aponta Bocchi (2004).

### **5.3.3. Independência e cognição e sobrecarga, dor e qualidade de vida**

As análises não apresentaram nenhuma correlação significativa entre a dor, sobrecarga e qualidade de vida e as variáveis independência e cognição. Esse resultado contesta a hipótese de que sujeitos com AVC dependentes e/ou com alterações cognitivas possuem cuidadores com maiores índices de sobrecarga e dor e menores níveis de qualidade de vida.

Alguns estudos internacionais atestam os achados deste estudo, uma vez que indicam a ausência de correlações entre a sobrecarga dos cuidadores de sujeitos com AVC e maiores níveis de dependência funcional (ARAI et al, 1997; BUGGE; HAGEN, 1999; MARIMOTO; SCHIREINER; ASANO, 2003).

Contra-pondo-se tais achados, alguns estudos nacionais e internacionais, apontam correlações entre a sobrecarga do cuidador e o nível de independência funcional e cognição do sujeito com AVC (RIGBY, 2009; JÚNIOR; MORAIS et al, 201; PEREIRA et al, 2013). Estudos qualitativos que abordam a problemática do cuidador e sujeito com AVC complementam esses dados, apontando também relações entre essas variáveis (BOCCHI, 2004; BOCCHI; ANGELO, 2005; PERLINI; FARO, 2005).

A presença dessa correlação pode ser explicada pela falta de discernimento em relação à necessidade de assistência apresentada pelo sujeito adoecido, que muitas vezes excede as necessidades do sujeito, e dessa maneira, ocasiona sobrecarga ao cuidador (PEREIRA et al, 2013). Outro fator que pode justificar tais relações refere-se à sobrecarga emocional decorrente do lidar com as alterações cognitivas e comportamentais do sujeito com AVC (BOCCHI, 2004).

As contradições entre os achados da literatura e os resultados deste trabalho podem ser explicadas pela presença de outras variáveis geradoras de sobrecarga, tais quais: dificuldades financeiras, suporte social e déficits na saúde física do cuidador (BOCCHI, 2004). Nesse sentido, também são apontados fatores, que podem interferir nos níveis de sobrecarga, interferindo também nos resultados deste estudo: habilidades para lidar com as situações críticas, a forma de valorizar as situações, aspectos da fé religiosa e o apoio social (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003; BRONDANI et al, 2010).

#### **5.3.4. Tempo de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado**

Através das análises observou-se que os tempos de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado são muito correlacionados entre si.

Tais correlações podem ser explicadas em detrimento da maioria dos cuidadores familiares acompanharem os sujeitos com AVC desde a lesão, bem como por serem os únicos responsáveis pelo cuidado e, a maioria residir com o sujeito com AVC, especialmente esposas ou

filhos (as). Outro fator que explica as correlações refere-se ao fato da maioria dos sujeitos com AVC realizarem tratamento de reabilitação desde os primeiros meses após a lesão.

Ainda através das análises foi possível identificar correlação inversa entre a independência motora e total e o tempo de reabilitação dos sujeitos com AVC, ou seja, quanto maior a independência motora do sujeito com AVC, menor será o tempo de reabilitação necessário, corroborando com a hipótese deste estudo sobre a influência do tempo de reabilitação na independência do sujeito com AVC.

Ratificando esse resultado, pode-se apontar o fato de que a maioria dos sujeitos com AVC desta pesquisa encontrar-se na faixa entre 6 a 12 meses de lesão, o qual constitui em uma possível justificativa para a alta preponderância de indivíduos dependentes neste estudo. Tal fato justifica-se em decorrência do primeiro ano ser o período caracterizado por uma dependência marcante e pela maior exigência de cuidados por parte do cuidador (AZEREDO; MARCOS, 2003).

Ainda com base nos resultados das análises, não se observaram relações entre a independência do sujeito com AVC e o tempo de lesão e de cuidado dispensado, contrapondo a hipótese inicial sobre a influência destes na independência do sujeito com AVC.

Tais dados são confirmados por alguns estudos, que não identificaram correlações entre o tempo de lesão e a independência funcional do sujeito com AVC (CALASANS; ALOUCHE, 2004; VENTURA, 2012). Por outro lado, contestando esses resultados, outro estudo aponta correlações entre essas variáveis (PACHECO; SANTOS; PACHECO, 2013).

Por meio deste estudo, também não foram observadas correlações entre os tempos de lesão, reabilitação e cuidados dispensados e o nível cognitivo dos sujeitos com AVC.

A ausência dessas correlações no presente estudo pode estar relacionada às altas precoces decorrentes da pouca evolução do sujeito com alterações cognitivas no processo de reabilitação. Confirmando essa ideia, Hershkovitz e Brill (2007) e Zinn e colaboradores (2004) apontam a cognição como um fator preditor da recuperação, afetando diretamente o processo de recuperação do sujeito, uma vez que déficits nesse âmbito estão ligados a resultados insatisfatórios na reabilitação.

Ainda se tratando das correlações, observou-se que os tempos de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado também não apresentaram nenhuma correlação em relação à dor, sobrecarga e qualidade de vida. Por conseguinte, contraria-se a hipótese de que os primeiros

relacionam-se aos níveis de sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores familiares do sujeito com AVC.

Contrastando tais achados, o estudo de Bugge, Alexander e Hagen (1999) aponta correlações entre um maior tempo de lesão e maiores níveis de sobrecarga entre os cuidadores de sujeitos com AVC. Essa ideia é complementada por um estudo qualitativo que relaciona um maior tempo de cuidado dispensado a maiores níveis de sobrecarga e dor entre os cuidadores, sobretudo pela demanda física e emocional envolvida nesse processo (BOCCHI, 2004).

### **5.3.5. Idade dos sujeitos com AVC e idade do cuidador familiar**

A idade dos sujeitos com AVC não apresentou nenhuma correlação com a idade dos cuidadores familiares, embora os cônjuges tenham se apresentado como os principais cuidadoras destes sujeitos.

Ainda observou-se a ausência de correlações entre a idade dos sujeitos com AVC e seus níveis de independência e cognição, bem como com a sobrecarga, dor e qualidade de vida apresentada pelos cuidadores. Desse modo, a hipótese de que a idade dos sujeitos com AVC poderia relacionar-se a tais variáveis não foi confirmada.

Contradizendo estes achados no que se refere à independência, alguns trabalhos apresentaram correlação negativa entre esta e a idade do sujeito com AVC (CRUZ; DIOGO, 2009; BAGG; POMBO; HOPMAN, 2002; ERGELETZIS; KEVORKIAN; RINTALA, 2002).

Já se tratando dos aspectos cognitivos, estudos também refutam esses achados, indicando correlações entre a função cognitiva e a idade dos sujeitos com AVC (POHJASVAARA; 1997; CALASANS; PATEL et al, 2002).

Embora neste estudo não se tenha observado relações entre a idade do sujeito com AVC e sua independência funcional e cognição, estudos apontam que o processo de senescência predispõe os sujeitos a um declínio da capacidade cognitiva e funcional, o que pode agrava-se com o AVC, em decorrência da alta prevalência destas alterações entre os sujeitos que sofrem da doença (NYS et al; 2005; GLYMOUR et al, 2008; RIBADI et al, 2008). Ainda complementando tais ideias, alguns estudos apontam melhores índices de plasticidade cerebral e de recuperação pós-AVC em sujeitos mais jovens, o que constitui em um fator importante para a reabilitação (CARDOSO; FONSECA; COSTA, 2003; PASCUAL-LEONE et al, 2005).

Ademais, contestando a ausência de correlações entre a idade e a sobrecarga, estudos apresentam relações positivas entre estas variáveis, indicando que idades avançadas dos sujeitos com AVC relacionam-se a maiores índices de sobrecarga entre os cuidadores (ANDRADE et al, 2009; PACHECO; SANTOS; PACHECO, 2013; PEREIRA et al, 2013). Esse fato é possivelmente explicado pelo maior número de alterações na funcionalidade destes sujeitos com o aumento idade, bem como pela maior dependência de cuidados.

Por último observou-se que a variável idade do cuidador familiar também não estava relacionada significativamente com a sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores de sujeitos com AVC. Dessa maneira, refutou-se a hipótese da influência da idade do cuidador nos seus índices de sobrecarga, dor e qualidade de vida.

Contrastando com tais achados, observam-se estudos que relacionam menores índices de qualidade de vida a idades mais avançada em diversas populações. Esse fato pode ser explicado em detrimento das alterações biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento, que ocasionam perdas que vão além dos aspectos físicos, mas também englobam alterações na funcionalidade, papéis ocupacionais e relações sociais (SPRANGERS et al, 2000; ARNOLD et al, 2004; WEBB, BLANE; MCMUNN, 2011).

### **5.3.6. Renda per capita**

Observou-se que a variável renda per capita não apresentou correlação significativa com nenhuma das variáveis analisadas. Dessa maneira, contesta-se a hipótese deste trabalho de que uma renda mais baixa relaciona-se com maiores níveis de sobrecarga, dor, qualidade de vida dos cuidadores familiares, bem como com menores índices de independência funcional nos sujeitos com AVC.

Sobre a independência funcional, estudos com idosos apresentam dados semelhantes aos deste trabalho, tendo em vista que negam a presença de relações entre esta variável e a renda (ROSA et al, 2003; ROOS; HAVENS, 1991). Por outro lado, um estudo contrapõe-se a esses achados apontando a influência da renda na independência de sujeitos idosos (KINGTON; SMITH, 1997).

No tocante à qualidade de vida, identificaram-se alguns estudos com populações diversificadas que apontam para relações entre a uma maior renda e melhores índices de qualidade de vida (MASTROPIETRO et al, 2010; MACIEL et al, 2013).

Se tratando da sobrecarga, identificaram-se estudos que apresentaram a relação entre menores níveis desta e melhores índices de renda entre cuidadores de sujeitos com doenças crônicas (ANDRÉN; ELMSTAHL, 2007; CHIEN; CHAN; MORRISSEY, 2007).

Tais correlações entre a renda e as variáveis apresentadas pela literatura podem ser justificadas em detrimento de índices de renda mais altos fornecerem uma maior satisfação das necessidades, bem como possibilitarem atividades de lazer e divisão das tarefas com um cuidador formal. Ademais, pode-se pensar em níveis mais altos de renda, como fatores que contribuem para maiores investimentos em saúde e reabilitação dos sujeitos com AVC e, conseqüentemente para melhores índices de qualidade de vida.

### **5.3.7. Aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais relacionados à qualidade de vida**

Não foram observadas correlações significativas em relação à independência e cognição dos sujeitos com AVC e os aspectos físicos, psicológicos, as relações sociais e o meio ambiente dos cuidadores familiares. Este resultado contraria a hipótese proposta por este trabalho que sugere que um pior nível de independência e cognição de sujeitos com AVC relaciona-se a piores domínios da qualidade de vida dos cuidadores.

Diferenciando-se do presente estudo, os trabalhos de Mccullagh e colaboradores (2005) e Nickel e colaboradores (2010) identificaram correlações inversas entre os níveis de dependência dos sujeitos adoecidos e os domínios da qualidade de vida dos cuidadores.

Sobre a dor no corpo e a sobrecarga, constatou-se que existe correlação inversa entre estas variáveis e o domínio físico, assim como entre a sobrecarga e o domínio ambiental. Assim, pode-se afirmar que um pior aspecto físico está relacionado a maiores níveis de dor e sobrecarga e que um pior ambiente está relacionado a altos níveis da última. Estes achados confirmam a hipóteses de que quanto piores forem os aspectos físico e ambiental, piores também serão os níveis de sobrecarga e dor do cuidador familiar.

Ainda se tratando da dor, sobrecarga e renda per capita, observou-se que estas não apresentaram nenhuma relação com o domínio psicológico e social, contradizendo a hipótese

deste trabalho de que piores domínios da qualidade de vida relacionam-se a piores níveis de dor, sobrecarga e renda nos cuidadores.

Contrariando os achados relativos à sobrecarga, observou-se um estudo cujos resultados indicaram correlações entre menores índices de sobrecarga e menores escores nos domínios da qualidade de vida e, nesse contexto, o domínio social destacou-se como importante fator preditor de maiores índices de qualidade de vida (SANTOS, 2010).

Por fim, identificou-se que os domínios físico, psicológico, social e ambiental relacionam-se à variável qualidade de vida. Tais dados reiteram a hipótese de cuidadores com melhores domínios relacionados à qualidade de vida, também apresentam melhores índices de qualidade de vida.

Complementando tais dados, o domínio ambiente também foi apontado pelo estudo de Maciel e colaboradores (2013) como um fator com significativo de impacto na qualidade de vida da amostra, podendo esse achado relacionar-se a uma maior satisfação das necessidades, decorrente de uma maior escolaridade dos sujeitos e melhores condições de trabalho. O domínio físico também pode ser um fator determinante na qualidade de vida do sujeito, na medida em que ressalta ou restringe a capacidade funcional do sujeito, bem como sua independência ou dependência em relação às questões cotidianas (OMS, 2001).

O domínio físico também pode determinar a qualidade de vida dos sujeitos na medida em que se relaciona à capacidade funcional dos sujeitos, possibilitando também uma maior participação em suas atividades cotidianas. Desta forma, Néri (2001) aponta que idosos mais ativos apresentam maior satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhores índices de qualidade de vida. Nesse contexto, as alterações biológicas podem ser entendidas como fatores geradores de incapacidades com impacto significativo na funcionalidade e autonomia.

Por fim, o estudo de Néri (2001) também destaca a importância de aspectos psicossociais na determinação da qualidade de vida, tendo em vista a importância do apoio social, bem das estratégias pessoais de enfrentamento frente às situações estressoras cotidianas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O impacto do AVC no cotidiano de cuidadores familiares, sobretudo pelas alterações nas funções cognitivas e pela dependência funcional, tem sido alvo de estudos nacionais e internacionais, os quais relacionam tais déficits a alterações na saúde e qualidade de vida daqueles que cuidam.

A amostra de sujeitos com AVC deste estudo apresentou-se predominantemente idosa, casada, aposentada, com baixos níveis de escolaridade, de qualificação profissional e de retorno às atividades laborais após o AVC. As lesões foram predominantemente isquêmicas, à direita, com hemiparesia à esquerda e tempo de lesão e de reabilitação entre 6 e 12 meses, sendo também proeminente a presença de comorbidades associadas ao AVC. Os sujeitos apresentaram, em maioria, alterações cognitivas, dependência funcional e déficit na marcha, sendo necessário o uso de dispositivos de tecnologia assistiva como cadeira de rodas, cadeiras de banho e bengala.

Os cuidadores dos sujeitos com AVC eram predominantemente do sexo feminino, casados e cônjuges que residiam com o familiar adoecido. Entre estes predominaram baixos índices de renda, de escolaridade e de qualificação profissional, sendo comuns atividades de cuidados com o lar e atividades profissionais, culturalmente atribuídas à femininas. Também se identificou que, após o AVC do familiar, a maioria dos cuidadores afastou-se das atividades laborais e passou a dedicar-se apenas às tarefas domésticas e de cuidado com o familiar.

Ainda sobre o cuidador, observou-se que as atividades de lazer mostraram-se estritamente relacionadas a atividades religiosas e com parentes e amigos e que o sono era caracterizado por interrupções e por períodos menores que 8 horas diárias. Houve proeminência de sujeitos com problemas de saúde e dor no corpo, sendo também observados, ainda que em menor número, problemas de origem emocional. A maioria realizava tratamento em serviços de saúde e fazia uso de medicações, incluindo psicofármacos. Ainda observou-se a preponderância de sujeitos com sobrecarga moderada, com risco preditivo para desenvolvimento de depressão e índices de qualidade de vida mais baixos nos domínios físico e social.

O presente estudo trouxe constatações de que sujeitos com maiores níveis de dependência estavam relacionados a um maior número de alterações cognitivas decorrentes do AVC, bem como com a necessidade de um maior tempo de reabilitação. Os cuidadores de sujeitos com

AVC, caracterizados por maiores níveis de sobrecarga, também apresentavam maiores níveis de dor, assim como maiores níveis de ambos relacionaram-se com menores índices de qualidade.

Além disso, os tempos de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado apresentaram-se muito correlacionados entre si, demonstrando que, na maioria dos casos, os cuidados iniciaram-se logo após o AVC do familiar, assim como os tratamentos de reabilitação.

Sobre a qualidade de vida, identificou-se que os cuidadores que possuíam maiores níveis desta foram aqueles com melhores aspectos físicos, psicológicos, ambientais e sociais. Ainda constatou-se que cuidadores com um pior aspecto físico também apresentaram maiores níveis de dor e sobrecarga e aqueles com um pior ambiente apresentaram maiores níveis de sobrecarga.

Por outro lado, no presente estudo, não se observaram relações entre a renda per capita e as outras variáveis estudadas. O mesmo aconteceu com a idade dos sujeitos com AVC e idade dos cuidadores, que não apresentaram nenhuma correlação significativa com as demais.

Reconhece-se que a presente investigação apresenta limitações em relação ao número da amostra e sua composição, o que implica na não generalização dos resultados a todos os sujeitos com AVC, mas sim ao retrato da realidade do grupo pesquisado. Outras limitações foram observadas no que se refere à predominância de sujeitos com AVC idosos, uma vez que as alterações na funcionalidade, decorrentes do processo de envelhecimento, associadas às limitações causadas pela doença podem interferir na sobrecarga, dor e qualidade dos cuidadores familiares.

Considerando as diversas alterações na saúde e qualidade de vida apresentados pelos sujeitos deste estudo, o presente estudo abre portas para pesquisas futuras que investiguem o impacto do cuidar nas atividades cotidianas dos cuidadores dos sujeitos com AVC, bem como as alterações em seus papéis ocupacionais.

No Brasil, ainda são escassos os estudos que avaliam o impacto que as alterações ocasionadas pelo AVC acarretam no cuidador familiar, tanto em relação aos aspectos cotidianos, quanto na saúde e qualidade de vida. Tais estudos fazem-se necessários para identificação de evidências visando futuras implementações de políticas públicas voltadas à saúde e assistência do cuidado familiar, visando prevenção de agravos à saúde, melhora na qualidade de vida e consolidação de uma rede de apoio.

Dessa maneira, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a compreensão das relações entre as alterações causadas pelo AVC e a qualidade de vida, dor e

sobrecarga do cuidador familiar a partir das evidências encontradas, possibilitando assim direcionamento para novas políticas públicas, bem como ações no contexto da terapia ocupacional em relação ao cuidador familiar.

**REFERÊNCIAS**

---

ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **Com Ciência: Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**. 2010. Disponível em <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=47&id=582>. Acesso em 09 de outubro de 2013.

AGUIAR, C. C. T.; VIEIRA, A. P. G. F.; CARVALHO, A. F.; MONTENEGRO-JUNIOR, R. M. Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no Diabetes Melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.52, n.6, 2008.

ALMEIDA, O. P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 56, n.3B, p. 605-612, 1998.

ALVES, R. F.; SILVA, R. P.; ERNESTO, M. V.; LIMA, A. G. B.; SOUZA, F. M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia Teoria e Prática**, v.13, n.3, 2011.

ALZHRANI, M.; DEAN, C.; ADA, L. Relationship between walking performance and types of community-based activities in people with stroke: and observational study. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.15, n.1, p. 45-51, 2011.

AMERICAN STROKE ASSOCIATION. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 42, p.517-584, 2011.

ANDRADE, L. M.; COSTA, M. F. M.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.1, p. 37-43, 2009.

ANDRÉN, S.; ELMSTAHL, S. Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: a cross-sectional community-based study. **International Journal of Nursing Studies**, v.44, n.3, p.435-446, 2007.

APRILE, I.; PIAZZINI, D. B.; BERTOLINI, C.; CALIANDRO, P.; PAZZAGLIA, C.; TONALI, P. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. **Neurological Sciences**, v.27, p. 40-46, 2006.

ARAKAKI, B. K.; TSUBAKI, J. N. S.; CARAMELLI, P. C.; NOVELLI, M. M. P. C. Análise do desgaste e da sobrecarga. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.23, n.2, p.113-121, 2012.

ARAI, Y.; KUDO, K.; HOSOKAWA, T.; WAHSIO, M.; HISAMICHI, S. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v.51, p.281-287, 1997.

ARAÚJO, J. S.; SILVA, S. E. D.; CONCEIÇÃO, V. M.; SANTANA, M. E.; VASCONCELOS, E. V. A obrigação de (des)cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.1, p.98-105, 2012.

ARNOLD, R.; RANCHOR, A. V.; SANDERMAN, R.; KEMPEN, G. I.; ORMEL, J.; SUURMEIJER, T. P. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Quality of Life Research**, v.13, n.5, p.883-896, 2004.

AZEREDO, Z.; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**, v.8, n.4, p.199-204, 2003.

BAGG, S.; POMBO, A. P.; HOPMAN, W. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. **Stroke**, v.33, n.1, p.179-185, 2002.

BARROS, J. E. F. Doença encefalovascular. In: Nitrini R, Bacheschi LA. **A neurologia que todo médico deve saber**. 2ed. São Paulo: Atheneu; 2003.

BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.911-926, 2006.

BATISTA, M. P. P.; MICCAS, F. L.; FORATTORE, F. S.; ALMEIDA, M. H. M.; COUTO, T. V. Repercussões do papel de cuidador nas atividades de lazer de cuidadores informais de idosos dependentes. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.23, n.2, p.186-192, 2012.

BAUAB, J. P.; EMMEL, M. L. G. E. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.17, n.2, 2014.

BAUER, C. **Breve história da mulher no mundo ocidental**. São Paulo: Xamã Editora/ Edições Pulsar, 2001.

BAUMANN, M.; COUFFIGNAL, S.; LE BIHAN, E.; CHAU, N. Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. **BMC Neurology**, v.12, p.105, 2012

BAUMANN, M.; LURBE-PUERTO, K.; ALZAHOURI, K.; AÏACH, P. Increased Residual Disability Among Poststroke Survivors and the Repercussions for the Lives of Informal Caregivers. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v.18, n.2, p.162–171, 2011.

BENAVIDES, O; ALBURQUERQUE, A; CHANÁ-CUEVAS, P. Evaluación de la sobrecarga en los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo. **Revista Médica de Chile**, v.141, n.3, 2013.

BENVEGNO, A. B.; LUTHIELE; GOMES, A.; SOUZA, C. T.; CUADROS, T. B. B.; PAVÃO, L. W.; ÁVILA, S. N. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciência & Saúde**, v.1, n.2, p.71-77, 2008.

BERTOLUCCI, P. H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.52, p.1-7, 1994.

BÉTHOUX, F.; CALMELS, P.; GAUTHERON, V; MINAIRE, P. Quality of life of the spouses of stroke patients: a preliminary study. **International Journal of Rehabilitation Research**, v.19, n.4, p.291-299, 1996

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.1, p.118-23, 2008.

BLYTH, F. M.; MARCH, L. M.; BRNABIC, A. J.; JORM, L. R.; ILLIAMSON, M.; COUSINS, M. J. Chronic pain in Australia: a prevalence study. **Pain**, v.89, p.127-134, 2001.

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

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.729-738, 2005.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.4, p.588-594, 2008.

BRAITHWAITE, V. Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant. **Research on Aging**, v.14, n.1, p.3-27, 1992.

BRANNHOLM, I. B.; LUNDMARK, P.; MANSSON, M.; FUGL-MEYER, A. R. On life satisfaction in subjects with neurological disorders. **Journal of Neurologic Rehabilitation**, v.2, p.63-67, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar - RDC nº 11 de 30 de janeiro de 2006. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 04 de maio de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção básica. Brasília: Brasil, 2012. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap\\_6\\_vol\\_1\\_cuidadores\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_6_vol_1_cuidadores_final.pdf). Acesso em 04 de mai. 2014.

BRASIL, V. V.; ZATTA, L. T.; CORDEIRO, J. A. B. L.; SILVA, A. M. T. C.; ZATTAV, D. T.; BARBOSA, M. A. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, p.383-394, 2008.

BRITO, E. S.; RABINOVICH, E. P. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.2, p.153-169, 2008.

BRONDANI, C. M.; BEUTER, M.; ALVIM, N. A. T.; SZARESKI, C.; ROCHA, L. S. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na Internação domiciliar. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.3, p.504-510, 2008.

BRUCKI, S. M. D.; NEGRINI, R.; CAMELO, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.61, n.3B, p.777-781, 2003.

BRUNO, A., Motor Recovery in Stroke. Disponível em <http://www.emedicine.com/pmr/topic234.htm>. Acesso em 12 junho de 2013.

BRUST, J. C. M. Circulation of the brain. In: KANDEL, E. R.; SCHAWARTZ, J. H. JESSEL, T. M. **Principles of neural science**. 4 ed. New York: Mc Graw-Hill, 2000.

BUGGE, C.; ALEXANDER, H.; HAGEN, S. Stroke patients' informal caregivers. Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. **Stroke**, v.30, p.1517-1523, 1999.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 5. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2003.

CABRAL, N. L.; LONGO, A. L.; MORO, C. H. C.; AMARAL, C. H.; KISS, H. C. Epidemiologia dos acidentes cerebrovasculares em Joinville, Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.55, n.3A, p.357-363, 1997.

CAETANO, J. A.; DAMASCENO, M. M. C.; SOARES, E.; FIALHO, A. V. M. Rehabilitation process experience after a cerebral vascular accident: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.2, 2007.

CALASANS, P. A. E.; ALOUCHE, S. R. Correlação entre o nível cognitivo e a independência funcional após AVE. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.8, n.2, p.105-109, 2004.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. Disponível em <http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento%20Populacional%20na%20Agenda%20das%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2013.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.19, n.2, 2006.

CARDOSO, T.; FONSECA, T.; COSTA, M. Acidente vascular cerebral no adulto jovem. **Acta Médica Portuguesa**, v.16, p.239-244, 2003.

CARLSSON, G. E.; FORSBERG-WARLEBY, G.; MOLLER, A.; BLOMSTRAND, C. Comparison of life satisfaction within couples one year after a partner's stroke. **Journal of Neurologic Rehabilitation**, v.39, n.3, p. 219-224, 2007.

CAROD-ARTAL, F. J.; GONZALES-GUTIERREZ, J. L.; HERRERO, J. A. HORAN, T.; DE SEIJAS, E. V. Functional recovery and instrumental activities of daily living: followup 1-year after treatment in a stroke unit. **Brain Injury**, v.16, n.3, 2002.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do Idoso doente no domicílio, na voz de cuidadores familiares. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.6, n.2, p.254-271, 2004.

CECATTO, R. B. Acidente Vascular Encefálico: aspectos clínicos. In: CRUZ, D. M. C. **Terapia Ocupacional na reabilitação pós-acidente vascular encefálico: atividades de vida diária e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Santos, 2012.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de apoio a cuidadores: uma noção terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP**, v.13, n.1, p.133-150, 2002.

CHAPMAN, R.; GAVRIN, R. Suffering: the contributions of persistente pain. **Lancet**, n.353, p.233-237, 1999.

CHIEN, W. T.; CHAN, S. W.; MORRISSEY, J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. **Journal of Clinical Nursing**, v.16, n.6, p.1151-1161, 2007.

CHING-LIN, H., MONG-HONG, L. Factors influencing vocational outcomes following stroke in Taiwan: a medical centre-based study. **Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine**, v.29, p.113-120, 1997.

CIESLAK, F.; ELSANGEDY, H. M.; KRINSKI, K.; BUZZACHERA, F. C.; VITORINO, D. C.; JÚNIOR, G. B. V.; LEITE, L. Estudo da qualidade de vida de mulheres idosas participantes do Programa da Universidade Aberta à Terceira Idade na cidade de Ponta Grossa – PR. **Revista Digital**. n.113, 2007.

CORR, S.; PHILLIPS, C. J.; WALKER, M. Evaluation of a pilot service designed to provide support following stroke: a randomized crossover design study. **Clinical Rehabilitation**, v.18, p.69-75, 2004.

CORR, S.; WILMER, S. Returning to work after a Stroke: an important but neglect area. **British Journal of Occupational Therapy**, v.66, n.5, p.187-192, 2003.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.5, 2011.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p.1341-1348, 2011.

CRUZ, D. M. C. Papeis Ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. São Carlos: 2012.

CRUZ, D. M. C.; VASCONCELOS, F. E. O.; CARO, C. C.; SILVA, N. S.; LYMPIUS, J. Entre perdas e ganhos: os papéis ocupacionais de pessoas pós-acidente vascular encefálico. **Revista FSA**, v.11, n.2, p.329-349, 2014.

CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. E. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.5, p.666-672, 2009.

ELLIOTT, A. M.; SMITH, B. H.; PENNY, K. I.; SMITH, W. C.; CHAMBERS, W. A. The epidemiology of chronic pain in the community. **Lancet**, n.354, p.1248-252, 1999.

EMMEL, M. L. G. Trabalho e qualidade de vida dos terapeutas ocupacionais: estudo de uma amostra brasileira. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.20, n.1, p.55-63, 2012.

ERGELETZIS, D.; KEVORKIAN, C. G.; RINTALA, D. Rehabilitation of the older stroke patient: functional outcome and comparison with younger patients. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v.81, n.12, p.881-889, 2002.

EUZÉBIO, C. J. V.; RABINOVICH, E. P. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com seqüela de Acidente Vascular Encefálico. **Temas em psicologia**, v.14, n.1, 2006.

FALCAO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.1, p.95-101, 2004.

FARO, A. C. M. Cuidar do lesado medular em casa: a vivência singular do cuidador familiar. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FIGUEIREDO, D.; SOUSA, L. Percepção do estado de saúde e sobrecargaem cuidadores familiares de idososdependentes com e sem demência. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. VOL. 26, N.º 1, jan-jun, 2008

FIGUEIREDO, W. S. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FLECK, M. P. A. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol-manual.html>. Acesso em 16 de fevereiro de 2014.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICK, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-183, 2000.

FLORIANI, C.A., SCHRAMM, F. R. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.3, p.527-534, 2006.

FORSBERG-WÄRLEBY, G.; MÖLLER, A.; BLOMSTRAND, C. J. Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v.36, n.1, p.4-11, 2004.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n.3, p. 104-109, 2003.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA, C. M. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1509-1518, 2005.

GLYMOUR, M. M.; WEUVE, J.; FAY, M. E.; GLASS, T.; BERKMAN, L. F. Social ties and cognitive recovery after stroke: does social integration promote cognitive resilience? **Neuroepidemiology**, v.31, n.1, p.10-20, 2008.

GONÇALVES, L. H. T. ALVAREZ, A. M., SANTOS, S. M. A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 101-110.

GRUNFELD, E.; COYLE, D.; WHELAN, T.; CLINCH, J.; REYNO, L.; EARLE, C. C.; WILLAN, A.; VIOLA, R.; CORISTINE, M.; JANZ, T.; GLOSSOP, R. Family caregiver

burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. **Canadian Medical Association Journal**, v.170, n.12, p.1795-1801, 2004.

GURGEL, D. A.; OLIVEIRA, F. P. A.; SALLES, H. S. A. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades. **Revista Kairós Gerontologia**, v.15, n.2, p.129-143, 2012.

HAIR, J.; BLACK, W.; BABIN, B.; ANDERSON, R. **Multivariate Data Analysis**. 7. ed. USA: Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, NJ, 2010.

HAGGARD, P.; COCKBURN, J.; COCK, J.; FORDHAM, C.; WADE, D. Interference between gait and cognitive tasks in a rehabilitating neurological population. **Journal of Neurology Neurosurg & Psychiatry**, v.69, n.4, p.479-486, 2000.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. Barcelona: Península, 1977.

HERSHKOVITZ, A., BRILL, S. The association between patients' cognitive status and rehabilitation outcome in geriatric day hospital. **Disability and rehabilitation**, v.29, n.4, p.333-337, 2007.

HILLMAN, A. M.; CHAPPARO, C. J. An investigation of occupational role performance in men over sixty years of age, following a stroke. **Journal of Occupational Science**, v.2, n.3, p.88-99, 1995.

HOPMAN, W. M.; VERNER, J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. **Stroke**, v.34, n.3, p.801-805, 2003.

HORA, E. C.; SOUSA, R. M. C. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.1, 2005.

HUGHES, S. L.; GIOBBIE-HURDER, A.; WEAVER, F. M.; KUBAL, J. D.; HENDERSON, W. Relationship Between Caregiver Burden and Health-Related Quality of Life. **The Gerontologist**, v.39, n.5, p.534-545, 1999.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, n.27, p.117-26, 1986.

JOHNSON, R. A.; WICHERN, D. W. **Applied Multivariate Statistical Analysis**, 7. ed. Prentice Hall, 2008.

JÚNIOR, F. A. V. L.; SILVA, W. H. S.; COSTA, F. A. O impacto do acidente vascular cerebral no cotidiano de cuidadores familiares. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v.17, n.2, p.251-264, 2012.

KARSCH, U. M. S. Idosos dependentes: famílias cuidadoras. **Cadernos de Saúde Pública**. v.19, n.3, p.861-866, 2003.

KAUHANEN, M. L.; KORPELAINEN, J. T.; HILTUNEN, P.; NIEMINEN, P.; SOTANIEMI, K. A.; MYLLYLÄ, V. V. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.81, n.12, p.1541-1546, 2000.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal. Parte 1. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**. v.35, n.2, p.257-264, 2001

KELLY-HAYES, M; BEISER, A.; KASE, C. S.; SCARAMUCCI, A.; D'AGOSTINHO, R. B.; WOLF, P. A. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v.12, p.119-126, 2003.

KIELHOFNER, G. **Research in occupational therapy**: methods of inquiry for enhancing practice. F. A. Davis Company, Philadelphia, 2006.

KIELHOFNER, G.; BURKE, J. P.; IGI, C. H. Um modelo de ocupação humana: parte IV: avaliação e intervenção. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v.2, n.2/3, p.127-144, 1991.

KINGTON, R. S.; SMITH, J. P. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases. **American Journal of Public Health**, v.87, p.805-810, 1997.

KRAYCHETE, D. C.; SAKATA, R. K.; TANAJURA, D.; GUIMARÃES, A. C.; ANGELIM, M. Perfil clínico de paciente com dor crônica do ambulatório de dor do Hospital Universitário Professor Edgard Santos – UFBA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.27, n.2, p.185-195, 2003.

KRÖN, C. A.; BALLARIN, M. A. G. S. Avaliação de sobrecarga em cuidadores: um estudo de revisão sobre a escala Zarit Burden Interview. Anais do XVII Encontro de Iniciação Científica/ Anais do II Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 24 e 25 de setembro de 2013.

KWA, V. I. H.; LIMBURG, M.; HAAN, R. J. The role of cognitive impairment in quality of life before and after ischaemic stroke. **Journal of Neurology**, v.243, p.599-604, 1996.

LATHAM, J.; DAVIS, B. D. The socioeconomic impact of chronic pain. **Disability and Rehabilitation**, v.16, p.29-44, 1994.

LAW, M. **Medida canadense de desempenho ocupacional (COPM)**. Org. Trad. MAGALHÃES, L.; CARDOSO, A. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1986.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado São Paulo**, v.4, p.509-518, 1999.

LETHBRIDGE-CEJKU, M.; SCHILLER, J. S.; BERNADEL, L. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2002. **Vital Health Statistics**, v.10, p. 1-151, 2004.

LIMA, C. P. N. C.; COSTA, M. M. L.; SOARES, M. J. G. O. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidentes vasculares cerebrais. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v.3, n.4, p.857-863, 2009.

LINCOLN, N. B.; PARRY, R. H.; VASS, C. D. Randomizes, controlled trial to evaluate increased intensity of physiotherapy treatment of arm function after stroke. **Stroke**, v.30, p.573-579, 1999.

LOPES, A. B.; GAZZOLA, J. M.; LEMOS, N. D.; RICCI, N. A. Independência funcional e os fatores que a influencia no âmbito da assistência domiciliária ao idoso. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v.10, n.3, p.2-11, 2008.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4, p.712-719, 2006.

MACEDO, C. S. G.; GARAVELLO, J. J.; OKU, E. C.; MIYAGUSUKU, F. H.; AGNOLL, P. D.; NOCETTI, P. M. Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. **Revista Brasileira de Atividades Físicas & Saúde**, v.8, n.2, p.19-27, 2003.

MACHADO, A. L. G.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma Abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.2, p.246-251, 2009.

MACIEL, E. S.; VILARTA, R.; VASCONCELOS, J. S.; MODENEZE, D. M.; SONATI, J. G.; VILELA, G. S.; OETTERER, M. Correlação entre nível de renda e os domínios da qualidade de vida de população universitária brasileira. **Revista Brasileira de Qualidade de vida**, v.5, n.1, p.53-62, 2013.

MACINTYRE, S.; DER, G.; NORRIE, J. Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self report measure of chronic illness? **International Journal of Epidemiology**, v.34, n.6, p.1284-1290, 2005.

MACKAY, J; MENSAH, G. A. The atlas of heart disease and stroke. Geneva: WHO, 2004. Disponível em [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/). Acesso em 01 de fevereiro de 2013.

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

MORIMOTO, T.; SCHREINER, A. S.; ASANO, H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. **Age and Ageing**, n.32, p.218–223, 2003.

MARTINEZ, J. E.; BARAUNA, F.; IULO, S.; KUBOKAWA, K.; PEDREIRA, I. S.; MACHADO, L. A. Análise crítica de parâmetros de qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Acta fisiátrica**, v.5, n.2, p.116-120, 1998.

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

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. L. P.; GARRETT, C. Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI) – Reavaliação das propriedades psicométricas. **Revista Referência**, n.11, 2004.

MASTROPIETRO, A. P.; CARDOSO, E. A. O.; SIMÕES, B. P.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS, M. A. Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v.32, n.2, 2010.

MATSUDO, V. K. R. Vida ativa para o novo milênio. **Revista de Oxidologia**, p.18-24, 1999.

MAZZA, M. M. P. R., LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.15, n.1, p.1-10, 2005.

MCCOLL, M. A.; PATERSON, M.; DAVIES, D.; DOUBT, L.; LAW, M. Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure Canadian. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v.67, p.22-30, 2000.

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

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. M. M. C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista Enfermagem Integrada**, v.3, n.1, 2010.

MENDES, P. M. T. Cuidadores heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U. M. S. et al. **Envelhecimento com demências: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Brasil, 2013.

MONTESANTI, L. T.; ANJOS, S. M. Instrumentos e métodos de avaliação de desempenho. In: CRUZ, D. M. C. C. **Terapia ocupacional na reabilitação pós-acidente vascular encefálico: atividades de vida diária e interdisciplinaridade**. São Paulo: Santos, 2012.

MORAIS, H. C. C.; SOARES, A. M. G.; OLIVEIRA, A. R. S.; CARVALHO, C. M. L.; SILVA, M. J.; ARAUJO, T. L. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.5, p.944-953, 2012.

MORETTIN, P. A. BUSSAB, W. O. **Estatística Básica**. v.5. São Paulo: Saraiva, 2006.

NEAU, J. P.; INGRAND, P.; MOUILLE-BRACHET, C.; ROSIER, M. P.; COUDERQ, C.; ALVAREZ, U. M.; GIL, R. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v.8, p. 296-302, 1998.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus; 1993.

NICKEL, R.; LIMA, A. P.; NAVARRO, E. J.; PINTO, L. M.; TEIVE, H. A. G.; BECKER, N. Correlação entre a qualidade de vida de cuidadores familiares e os níveis de independência funcional dos cuidados. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.2, p.225-230, 2010.

NYS, G. M.; ZANDVOORT, M. J.; KORT, P. L.; JANSEN, B. P.; WORP, H. B., KAPPELLE, L. J, Domain-specific cognitive recovery after first-ever stroke: a follow-up study of 111 cases. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v.11, n.7, p.795-806, 2005.

NYS, G. M. S.; ZANDVOORT, M. J. E.; WORP, H. B.; HAAN, E. H. F.; KORT, P. L. M.; JANSEN, B. P. W.; KAPPELLE, L. J. Early cognitive impairment predicts long-term depressive symptoms and quality of life after stroke. **Journal of the Neurological Sciences**, 2006.

OLIVEIRA, A. R. S.; COSTA, A. G. S.; SOUSA, V. E. C.; ARAUJO, T. L.; SILVA, V. M. S.; LOPES, M. V. O.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Escalas para avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes com Acidente Vascular Encefalico III. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.5, p.839-843, 2012.

OLIVEIRA, J. T. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.58, n.2A, p.360-36, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promoção da Saúde: rumo a maior equidade. 5ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde**. Cidade do México: OMS; 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud y envejecimiento: un documento para el debate**. Versión preliminar, 4:40, 2001.

ORSO, Z. R. A. Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis-RS. Dissertação (Mestrado). Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

PACHECO, S. C. S.; SANTOS, B. M. S.; PACHECO, C. R. S. Independência funcional: perfil das pessoas acometidas por Acidente Vascular Encefálico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.20, n.1, p. 17-22, 2013.

PAGANO, T.; MATSUTANI, L. A.; FERREIRA, E. A. et al. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. São Paulo **Medical Journals**, v.122, p.252-258, 2004.

PASCUAL-LEONE, A.; AMEDI, A.; FREGNI, F.; MERABET, L. B. The Plastic Human Brain Cortex. **Annual Review Neuroscience**, v.28, p.377-401, 2005.

PAULA, M. G.; MARCON, S. S. Percepção de cuidadores domiciliares sobre a atuação da equipe de saúde da família no atendimento a indivíduos dependentes. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v.3, n.2, p.135-145, 2001.

PATEL, M., COSHALL, C., RUDY, A. C. & WOLFE, C. D. A. Cognitive impairment after stroke: clinical determinants. and its associations with long-term stroke outcomes. **JAGS**, v.50, p.700-706, 2002.

PEARLIN, L.; MULLAN, J.; SEMPLE, S.; SKAFF, M. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measure. **The Gerontologist**, v.30, n.5, p.583-594, 1990.

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

PEREIRA, R. A.; SANTOS, E. B.; FHON, J. R. S.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p.182-188, 2013.

PINCUS, T.; CALLAHAN, L. F.; BURKHAUSER, R. V. Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18-64 United States population. **Journal of Chronic Diseases**, p.856-874, 1987.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PIRES, C. P. L. Impacto das alterações cognitivas na preparação de uma refeição simples após AVC: Comparação entre lesões direitas e esquerdas. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Tese (Doutorado). Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa, 2013.

POHJASVAARA, T., EIRKINJUNTI, T., VATJA, R.; KASTE, M. Dementia three months after stroke baseline frequency and effect of different definitions of dementia in the Helsinki stroke aging memory study (SAM) cohort. **Stroke**, v.28, p.785-792, 1997.

PRINTZ-FEDDERSEN, V. Group process effect on caregiver burden. **Journal of Neuroscience Nursing**, v.22, n.3, p.164-168, 1990.

RABADI, M. H.; RABADI, F. M.; EDELSTEIN, L.; PETERSON, M. Cognitively impaired stroke patients do benefit from admission to an acute rehabilitation unit. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.89, n.3, p.441-448, 2008.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; FILHO, D. J.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, v.8, n.1, p.45-52, 2001.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L. R. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v.11, p.72-76, 2004.

RIGBY H; GUBITZ G; ESKES G; REIDY Y; CHRISTIAN C; GROVER V; PHILLIPS S. Caring for stroke survivors: baseline and 1-year determinants of caregiver burden. **International Journal of Stroke**, v.4, n.3, p.152-158, 2009.

ROCHA, M. P. F; VIEIRA, M. A. V; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.6, p.801-808, 2008.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. D. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.4, p.493-500, 2006.

ROGER, V. L.; GO, A. S.; LLOYD-JONES, D. M.; BENJANMIM, E. J.; BERRY, J. D.; BORDEN, W. B. et al. Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 125, n. 1, 2012. Disponível em <<<http://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2>>>. Acesso em 01 de outubro de 2012.

ROOS, N. P., HAVENS, B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. **American Journal of Public Health**, v.81, p.63-68, 1991.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D. A.; LATORREB, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

SALAMA, A. A.; EL-SOUD, F. A. A. Caregiver burden from caring for impaired elderly: a cross-sectional study in rural Lower. **EgyptIJPH**, v.9, n.4, 2012.

SAMULSKI, D.; LUSTOSA, L. A. A importância da atividade física para a saúde e a qualidade de vida. ARTUS – **Revista Educação Física e Desportos**, v.17, n.1, p.60-70, 1996.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F. LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: McGrawHill, 2006.

SANTANA, B. A. S.; FUKUJIMA, M. M.; OLIVEIRA, R. M. C. Características sócio-econômicas de pacientes com acidente vascular cerebral. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.54, n.3, 1996.

SANTAREM, J. M. Atividade física e saúde. **Acta Fisiátrica**, v. 3, n.1, p.37-39, 1996.

SANTI, P. H. Rol de gênero y funcionamiento familiar. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v.16, p.568-573, 2000.

SANTO, E. A. R. E.; GAÍVA, M. A. M.; ESPINOSA, M. M.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Cuidando da criança com câncer: avaliação da sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.3, 2011.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. **Psicologia em Estudo**, v.17, n.1, p.93-101, 2012.

SANTOS, C. F.; GUTIERREZ, B. A. O. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n.4, p.792-798, 2013.

SANTOS, N. M. F. Qualidade de vida e sobrecarga de estresse do cuidador de idoso com histórico de acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, 2010

SANTOS, S. S.; DUARTE, E. C. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p.5-6, 2009.

SANTOS, N. M. F. Qualidade de vida e sobrecarga de estresse do cuidador de idoso com histórico de acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.1, p.12-17, 2002.

SCHEENE, A. H. Objective and subjective dimensions of family burden. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.25, p.289-297, 1990.

SEERS, K. Chronic non-malignant pain. **British Journal of General Practice**, v.42, p. 452-453, 1992.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, 2004.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, v.10, n.2, p.388-398, 2011.

SERNA, E. C. H.; SOUSA, R. M. C. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n. 2, 2006.

SIGELMANN, E. Tipos de pesquisa: aspectos metodológicos específicos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.36, n.3, p.141-155, 1984.

SOUSA, M. C. Aspectos epidemiológicos do acidente vascular cerebral na cova da Beira: importância dos dados regionais para o planejamento de saúde. Tese (Doutorado). Universidade da Beira Interior, 2007.

SOUZA, L. M; WEGNER W.; GORINI, M. I. P. C. W. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.2, 2007.

SPALLETTA, G.; GUIDA, G.; ANGELIS, D.; CALTAGIRONE, C. Predictors of cognitive level and depression severity are different in patients with left and right hemispheric stroke within the first year of illness. **Journal of Neurology**, v.249, n.11, p.1541-1551, 2002.

SPRANGERS, M. A. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **Journal of Clinical Epidemiology**, v.53, n.9, p.895-907, 2000.

TATEMACHI, T. K.; DESMOND, D. W.; STERN, Y.; PAIK, M.; SANO, M; BAGIELLA, E. Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v.57, p.202-207, 1994.

TAUB, A. P. H.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, p.372-376, 2004.

TAVARES, D. M. S. RODRIGUES, F. R.; CONRADO, C. G.; MIRANI, S. S. S. C. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciência e saúde coletiva**, v.12, n.5, 2007.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v.41, 1995.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.11, p.365-73, 2002.

VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. Masculidades: poder e crisis. Chile, Santiago: **Ediciones de las mujeres**, n.24, 1997.

VELTRONE, A. A.; ALMEIDA, M.A. Perfil da pessoa com deficiência no mercado de trabalho na cidade de São Carlos. **Rev. Educ. Espec.**, Santa Maria, 2010, v. 23, n. 36, p. 73-90.

VENTURA, M. Independência Funcional em doentes com AVC: Influência do Hemisfério Afectado. **Revista de Educação e Formação em Enfermagem**, n. 5, 2012.

VIANA, F. P.; LORENZO, A. P. C.; OLIVEIRA, E. F.; RESENDE, S. M. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com seqüelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.11, n.1, 2008.

VIEIRA, C. P. B; FIALHO, A. V. M. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, n.2, p.161-169, 2010.

VITANEN, M.; FULG-MEYER, K. S.; BERNSPANG, B.; FULG-MEYER, A. R. Life satisfaction in long-term survivors after stroke. **Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine**, v.20, n.1, p.17-24, 1988.

VUKOVIC, M.; VUKSANOVIC, J.; VUKOVIC, I. Comparison of the recovery patterns of language and cognitive functions in patients with post-traumatic language processing deficits and in patients with aphasia following a stroke. **Journal of Communication Disorders**, v.41, n.6, p.531-552, 2008.

WATANABE, H. A. W.; DERNIL, A. M. Cuidadores de idosos: uma experiência em uma unidade básica de saúde – projeto CapacIDADE. **O Mundo da Saúde**, v.29, n.4, p.639-644, 2005.

WEBB, E.; BLANE, D.; MCMUNN, A.; NETUVELI, G. Proximal predictors of change in quality of life at older ages. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.65, n.6, p.542-547, 2011.

WESTERT G, P.; SCHELLEVIS, F. G.; DE BAKKER, D. H.; GROENEWEGEN, P. P., BENSING, J. M., VAN DER ZEE, J. Monitoring health inequalities through general practice: the second Dutch National Survey of General Practice. **European Journal of Public Health**, v.15, n.1, p.59-65, 2005.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.23, n.1, p.5-26, 2006.

ZEMKE R.; CLARK, F. **Occupational science**: An evolving discipline. Philadelphia: F. A. Davis, 1996.

ZINN, S.; DUDLEY, T. K.; BOSWORTH, H. B.; HOENING, H. M.; DUNCAN, P.W.; HORNER, R. D. The effect of poststroke cognitive impairment on rehabilitation process and functional outcome. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.85, n.7, p.1084-1090, 2004.

**APÊNDICES**

## APÊNDICES A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

**APÊNDICE A1 – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO COM AVC**

---

**Dados Pessoais**

1. **Identificação:** \_\_\_\_\_
2. **Idade** \_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
3. **Estado civil:** (1) Solteiro (2) Casado (3) União estável (4) Viúvo (4) Divorciado/Separado (5) Outro \_\_\_\_\_
4. **Escolaridade:** (1) Analfabeto (2) Fundamental Incompleto (3) Fundamental Completo (4) Médio Incompleto (5) Médio Completo (6) Superior Incompleto (7) Superior Completo.  
Anos de estudo \_\_\_\_\_
5. **Profissão:** Atual \_\_\_\_\_ Anterior: \_\_\_\_\_
6. **Dados do AVC:**  
Data do AVC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tipo de AVC: \_\_\_\_\_  
Topografia do AVC: \_\_\_\_\_  
Hospitalização: \_\_\_\_\_
7. **Reabilitação** (S) (N) Qual? \_\_\_\_\_  
Tempo de reabilitação: \_\_\_\_\_
8. **Comprometimentos:**  
Uso de sonda (S) (N) Tipo \_\_\_\_\_  
Apresenta déficit motor? (S) (N) Qual? \_\_\_\_\_
9. **Deambulação** (S) (N) Se sim, com auxílio? (S) (N)  
Uso de TA? (S) (N) Qual? \_\_\_\_\_
10. **Acamado** (S) (N)
11. **Doenças associadas** (S) (N) Quais? \_\_\_\_\_
12. **Cuidador familiar:** \_\_\_\_\_

**APÊNDICE A2 – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR**

---

**Dados Pessoais**

1. **Identificação:** \_\_\_\_\_
2. **Idade** \_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. **Sexo:** F \_\_\_\_ M \_\_\_\_
4. **Estado civil:** (1) Solteiro (2) Casado (3) União estável (4) Viúvo (4) Divorciado/Separado (5) Outro \_\_\_\_\_
5. **Escolaridade:** (1) Analfabeto (2) Fundamental Incompleto (3) Fundamental Completo (4) Médio Incompleto (5) Médio Completo (6) Superior Incompleto (7) Superior Completo.  
Anos de estudo \_\_\_\_\_
6. **Profissão:** Atual \_\_\_\_\_ Anterior: \_\_\_\_\_  
**Renda familiar:** \_\_\_\_\_ (1) Até 1 salário mínimo (2) 2 a 3 salários mínimos (3) 4 a 5 salários mínimos (4) 6 ou mais salários mínimos (5) Não tem renda. Número de pessoas que moram no domicílio \_\_\_\_\_ Número de pessoas que compõem a renda \_\_\_\_\_
7. **Residência:** (1) Própria quitada (2) Própria não quitada (3) Alugada (4) Cedida (5) Outra.
8. **Condições de moradia:** Água encanada: (S) (N) Energia elétrica: (S) (N) Sistema de esgoto: (S) (N)
9. **Saúde:**  
Possui alguma doença ou problema de saúde? (S) (N) Qual? \_\_\_\_\_  
Quando descobriu? \_\_\_\_\_  
Possui algum problema emocional? (S) (N) Qual? \_\_\_\_\_  
Quando começou? \_\_\_\_\_
10. **Dor:**  
Possui dores no corpo? (S) (N) Se sim com que frequência? \_\_\_\_\_  
Quando começou? \_\_\_\_\_  
Você a considera: (1) Fraca (2) Moderada (3) Intensa (4) Insuportável.
11. **Tratamento:**  
Você já procurou médico por conta de algum desses problemas? (S) (N) Vezes \_\_\_\_\_  
Faz tratamento desses problemas? (S) (N)

Toma medicamentos? (S) (N)

Utiliza psicofármacos? (S) (N)

**12. Serviço de saúde utilizado:** (1) Público (2) Convênio (3) Particular.

**13. Cuidado:**

Grau de parentesco com o familiar: \_\_\_\_\_

Tempo de cuidado com o familiar \_\_\_\_\_

Recebe ajuda de outros? (S) (N) De quem? \_\_\_\_\_

**14. Lazer:**

Possui atividades de lazer? (S) (N)

Qual tipo? (1) Atividade esportiva/ atividade física (2) Atividade religiosa (3) Atividade cultural (4) Atividades com parentes e amigos (5) Outra: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

**15. Religião** (1) Não tem (2) Catolicismo (2) Espiritismo (3) Evangélica (4) Outra

\_\_\_\_\_

**16. Sono:**

Horas de sono por dia: (1) < de 8 horas (2) > de 8 horas. Tipo de sono: (1) Contínuo (2) Interrompido.

**17. Uso de drogas:**

Faz uso de bebida alcoólica? (S) (N) Com qual frequência? \_\_\_\_\_

Faz uso de cigarro? (S) (N) Com qual frequência? \_\_\_\_\_

## APÊNDICES B – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### APENCIDE B1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO INDIVÍDUO COM AVC

---

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Independência e cognição pós-AVC e sua relação com a sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores familiares**, do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO – UFSCar). A pesquisa será realizada pela mestranda Camila Caminha Caro, sob orientação do Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz.

Essa pesquisa busca verificar se algumas características causadas pelo AVC, como dependência e alterações na memória, atenção e noção do tempo e espaço, podem influenciar na sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores.

Você foi selecionado por indicação da equipe da Unidade de Saúde-Escola da Universidade Federal de São Carlos (USE – UFSCar) e por ser indivíduo adulto, com idade entre 18 e 59 anos, com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) há mais de 6 meses, e por não ter outras doenças neurológicas associadas. A sua participação não é obrigatória.

Convidamos você a responder uma ficha de identificação, contendo dados pessoais, e a passar por algumas avaliações, que serão realizadas pela pesquisadora:

- Mini Exame do Estado Mental, que é um instrumento utilizado para avaliar os aspectos cognitivos, ou seja, atenção, memória, capacidade de calcular, noção do tempo e espaço, dentre outros;
- Medida de Independência Funcional, que é um instrumento usado para medir a independência do indivíduo nas atividades diárias, como escovar os dentes, comer, tomar banho, entre outras.

A sua participação na pesquisa trará os seguintes riscos:

- Exposição, constrangimento ao responder a ficha de identificação e as avaliações padronizadas, uma vez que terão que apresentar dados relativos à sua vida e muitas vezes expor informações pessoais;

- Cansaço ao responder a ficha de identificação e as avaliações padronizadas, uma vez que estas exigirão atenção e participação a todo o momento;
- Sentimento de tristeza ou incapacidades ao responder a ficha de identificação e as avaliações padronizadas, uma vez que poderão lembrar fatos de difícil aceitação ou até mesmo destacar incapacidades, sendo frustrante para o indivíduo com AVC que poderá encontrar dificuldades ao responder as propostas do Mini Exame do Estado Mental ou mesmo perceber suas dificuldades nas atividades cotidianas, com a aplicação da Medida de Independência Funcional.

Por outro lado, a pesquisa também trará alguns benefícios relativos à sua participação na pesquisa, como:

- Melhor percepção das dificuldades cognitivas e das dificuldades nas atividades de vida diária;
- Maior compreensão da condição de saúde.

Os riscos apresentados pela pesquisa serão minimizados com o apoio da pesquisadora, com formação em terapia ocupacional, que orientará os sujeitos em relação às suas dificuldades, os ouvirão e, em caso de necessidade também os encaminharão aos profissionais da área de psicologia, bem como terapeutas ocupacionais da mesma instituição. A todo o momento os participantes poderão esclarecer suas dúvidas com a pesquisadora responsável, que estará disponível para orientar, bem como explicar todos os procedimentos.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição e você poderá acessar a qualquer tempo, às demais informações que julgar necessárias.

O uso deste material ficará restrito aos propósitos desta pesquisa. As informações obtidas através da mesma serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e serão ocultados os nomes dos participantes na divulgação dos resultados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Assinatura da Pesquisadora

Camila Caminha Caro

End.: Rua Gumercindo de Oliveira Barros, 551 - São José do Rio Preto –SP

Cel: (17) 8811.4656

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura do sujeito

## APÊNDICE B2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CUIDADOR FAMILIAR

---

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Independência e cognição pós-AVC e sua relação com a sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores**, do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO – UFSCar). A pesquisa será realizada pela mestranda Camila Caminha Caro, sob orientação do Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz.

Essa pesquisa busca verificar se algumas características causadas pelo AVC, como dependência e alterações na memória, atenção e noção do tempo e espaço, podem influenciar na sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores.

Você foi selecionado por indicação da equipe da Unidade de Saúde-Escola da Universidade Federal de São Carlos (USE – UFSCar) e por ser indivíduo adulto, maior de 18 anos e cuidador familiar há mais de 6 meses de um indivíduo adulto com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Convidamos você a responder uma ficha de identificação, contendo dados pessoais, e a passar pelas seguintes avaliações:

- Escala *Zarit Burden Interview* (ZBI) – que é uma escala que busca medir o nível de sobrecarga do cuidador;
- Escala Visual Analógica da Dor (EVAD) – que é um instrumento utilizado para medir o nível da dor;
- WHOQOL *Bref* – que é um instrumento que busca medir a qualidade de vida.

A participação na pesquisa trará os seguintes riscos:

- Exposição, constrangimento ao responder a ficha de identificação e as avaliações padronizadas, uma vez que terão que apresentar dados relativos à sua vida e muitas vezes expor informações do âmbito familiar;
- Cansaço ao responder a ficha de identificação e as avaliações padronizadas, uma vez que estas exigirão atenção e participação a todo o momento;
- Sentimento de tristeza ao responder a ficha de identificação e as avaliações padronizadas,

uma vez que poderão trazer à tona sentimentos de difícil aceitação relacionados ao cuidado, dificuldades na aceitação das incapacidades do familiar com AVC, dificuldades familiares, perda de papéis e até mesmo abandono de atividades.

Por outro lado, a pesquisa também trará alguns benefícios relativos à sua participação na pesquisa, tais como:

- Melhor percepção do seu papel de cuidador;
- Maior percepção da sobrecarga e qualidade de vida;
- Maior compreensão da condição de saúde.

Os riscos apresentados pela pesquisa serão minimizados com o apoio da pesquisadora, com formação em terapia ocupacional, que orientará os sujeitos em relação às suas dificuldades, os ouvirão e, em caso de necessidade também os encaminharão aos profissionais da área de psicologia, bem como os terapeutas ocupacionais da mesma instituição. A todo o momento os participantes poderão esclarecer suas dúvidas com a pesquisadora responsável, que estará disponível para orientar, bem como explicar todos os procedimentos.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição e você poderá acessar a qualquer tempo, às demais informações que julgar necessárias.

O uso deste material ficará restrito aos propósitos desta pesquisa. As informações obtidas através da mesma serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e serão ocultados os nomes dos participantes na divulgação dos resultados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Assinatura da Pesquisadora

Camila Caminha Caro

End. Gumerindo de Oliveira Barros, 551 - São José do Rio Preto –SP

Cel: (17) 8811.4656

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura do sujeito

## APÊNCIDE C – METODOLOGIA

### APÊNDICE C1 – ANÁLISE FATORIAL

---

Através da análise fatorial objetivou-se a verificação da correlação entre as variáveis: idade do sujeito com AVC, tempo de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado, independência motora, cognitiva e total e cognição do sujeito com AVC, sobrecarga, dor e qualidade de vida nos cuidadores, anteriormente verificadas pelo coeficiente de correlação de Pearson.

Tal análise, segundo Johnson e Wichern (2008), objetiva a descrição de um conjunto variado de dados, utilizando-se de um número menor de variáveis, as quais são denominadas fatores comuns. Estes fatores podem ser entendidos como a combinação linear das variáveis originais e visam explicar uma variável utilizando outra através de uma relação de igualdade (HAIR et al, 2010).

A análise fatorial abrange duas modalidades: a exploratória e a confirmatória, sendo a primeira a adotada para este trabalho. Tal metodologia possibilita a exploração da relação entre um conjunto de variáveis, possibilitando a identificação de padrões de correlação por meio da matriz de correlação. Neste modelo os dados variam de -1 a 1, de forma a padronizar as variáveis, fato este que inibe a influência da variabilidade e da escala, uma vez que não sofre efeito de unidade de medida (HAIR et al, 2010).

Visando respaldar os procedimentos realizados, foram utilizados alguns testes para explicar a adequação da metodologia à amostra, bem como métodos para seleção do número de fatores.

Após a confirmação da adequação da metodologia à amostra, bem como da seleção do número de fatores, foi utilizada uma ferramenta importante na interpretação de dados: a rotação fatorial. Este método consiste na rotação dos fatores em torno da origem até que alguma outra posição mais interessante seja alcançada. O método utilizado foi o Varimax, que busca a melhor rotação dos eixos dos fatores de modo que a nova matriz de cargas fatoriais tenha o maior número de coeficientes nulos (JOHNSON; WICHERN, 2008).

A interpretação é baseada na angulação entre as variáveis, na qual se têm que ângulos próximos a  $0^\circ$  caracterizam correlação positiva; ângulos próximos a  $180^\circ$  correlação inversa; e ângulos próximos a  $90^\circ$  independência entre as variáveis.

Foram utilizados testes para explicar a aplicação da metodologia à amostra: teste de Barlett de especificidade e a interpretação da Medida de Adequação da Amostra (MAS). O primeiro avalia se os itens possuem uma correlação; enquanto o segundo calcula correlação parcial entre cada par de variáveis com todas as variáveis (KAISER,1970).

Subsequentemente, foi utilizada a análise fatorial por componentes principais como procedimento para a seleção do número de fatores. Esta análise consiste em um método de extração dos fatores que se utilizou de dois critérios de seleção: critério da raiz latente e o critério da percentagem da variância explicada. O primeiro critério aconselha a seleção de fatores que possuam autovalor maior que um; enquanto o segundo fixa um valor mínimo ou de base para a variabilidade total explicada, de forma a selecionar o número de fatores que atinjam ou superem esse valor (JOHNSON; WICHERN, 2008).

## **Referências**

JOHNSON, R. A.; WICHERN, D. W. (2008). **Applied Multivariate Statistical Analysis**, 7. ed. Prentice Hall.

KAISER, H. F. A second generation little jiffy. **Psychometrika**, 35, 1970, p.401-415.

**APÊNDICE C2– COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON – CÁLCULO**

---

Segundo Bussab e Morettin (2003), a correlação entre duas variáveis  $X$  e  $Y$  é calculada da seguinte maneira:

$$\rho_{X,Y} = \frac{cov(X,Y)}{dp(X) * dp(Y)}$$

em que  $cov(X,Y) = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{n}$ , com  $n$  sendo o número de observações e  $dp$  o desvio padrão das variáveis consideradas.

**Referência**

BUSSAB, W. O., MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 5. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2003.

## APÊNCIDE D – RESULTADOS

## APÊNDICE D1 – ANÁLISES DESCRITIVAS

## PARTE A - GRÁFICOS BOXPLOT

A seguir, serão apresentadas as Figuras de 1 a 11, os quais se referem aos *boxplots* das principais variáveis analisadas, visando a análise da variabilidade e a concentração da amostra, bem como dados discrepantes em relação aos demais (MORETTIN, BUSSAB, 2006).

A Figura 1 diz respeito à idade do sujeito com AVC. Observa-se, através do referido *boxplot*, que esta variável não apresentou valor discrepante em relação aos demais.

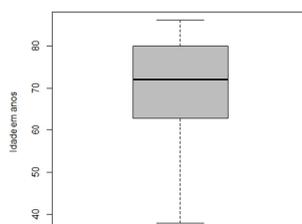


Figura 1: *Boxplot* idade do sujeito com AVC

As Figuras 2 e 3 apresentam os dados relacionados ao tempo de lesão e tempo de reabilitação, respectivamente. Notou-se, no primeiro, a presença de 3 pontos atípicos no *boxplot*, enquanto no segundo apenas um, os quais indicam tempo superior aos demais.

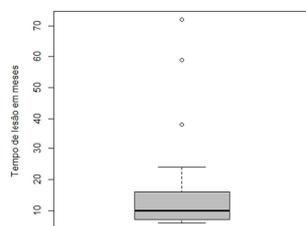


Figura 2: *Boxplot* tempo de lesão

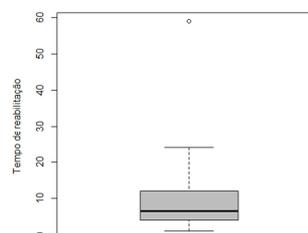
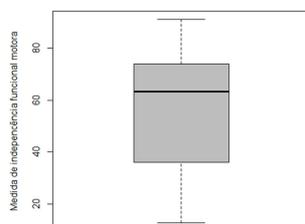
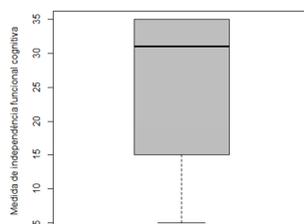


Figura 3: *Boxplot* tempo de reabilitação

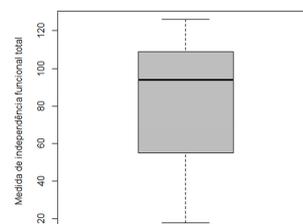
As Figuras 4, 5, 6 referem-se, respectivamente, à MIF motora, MIF cognitiva e MIF total. Com base nos *boxplots* observa-se que nenhuma das referidas variáveis apresentou valor atípico quando comparadas com o restante da amostra.



**Figura 4: Boxplot MIF motora**

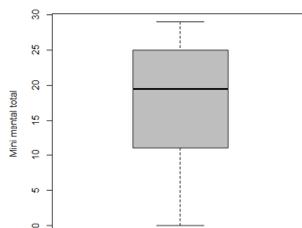


**Figura 5: Boxplot MIF cognitiva**



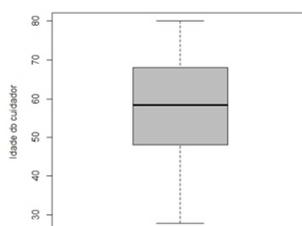
**Figura 6: Boxplot MIF total**

A Figura 7 diz respeito ao *boxplot* do MEEM total. Pela visualização entende-se que nenhuma das variáveis apresentou valor atípico em reação aos demais.



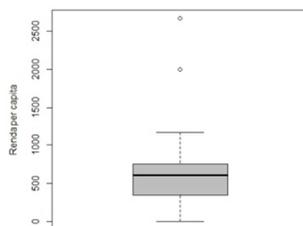
**Figura 7: Boxplot MEEM**

A Figura 8 refere-se à idade do cuidador, sendo possível observar a ausência de pontos atípicos.



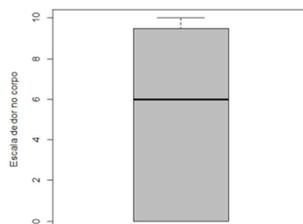
**Figura 8: Boxplot Idade do Cuidador**

A Figura 9 traz dados referentes à renda per capita dos cuidadores. É possível identificar que esta amostra apresentou dois pontos outlier.



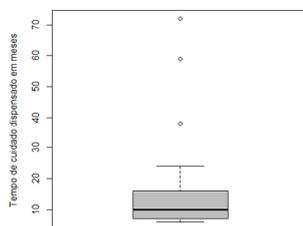
**Figura 9: Boxplot Renda per capita**

A Figura 10 refere-se à EVA, que apresentou um ponto *outlier*.



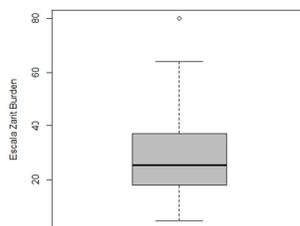
**Figura 10: Boxplot EVA**

A Figura 11 diz respeito aos dados do tempo de cuidado dispensado aos sujeitos com AVC. Este *boxplot* indica a presença de 3 dados discrepantes em relação aos demais.



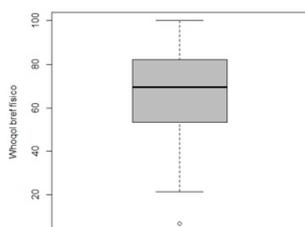
**Figura 11: Boxplot tempo de cuidado dispensado**

A Figura 12 apresenta o *boxplot* da escala ZBI, que não apresentou nenhum valor atípico.

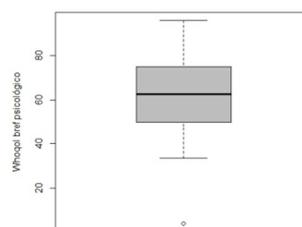


**Figura 12: Boxplot ZBI**

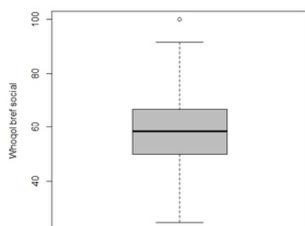
As Figuras 13, 14, 15 e 16 são relativas aos domínios do WB. Notou-se, no primeiro, a presença de 3 pontos atípicos no *boxplot*, enquanto no segundo apenas um, os quais indicam tempo superior aos demais.



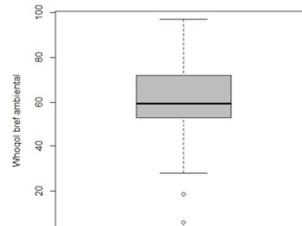
**Figura 13: Boxplot WB Físico**



**Figura 14: Boxplot WB Psicológico**

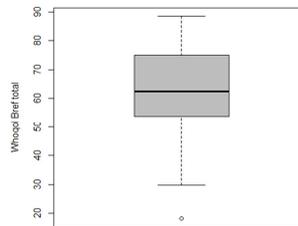


**Figura 15: Boxplot WB Social**



**Figura 16: Boxplot WB Ambiental**

A Figura 17 trata-se do *boxplot* WB total, o qual possui um valor abaixo dos demais, demonstrando ser um possível ponto atípico.



**Figura 17: *Boxplot* WB total**

### Referência

MORETTIN, P. A.; BUSSAB, B. W. O. **Estatística Básica**. v. 5. São Paulo: Saraiva, 2006.

## PARTE B – DADOS SOCIOECONÔMICOS

A Tabela 1, a seguir, apresenta os dados referentes às condições de moradia dos cuidadores dos sujeitos com AVC. Observa-se predominância de imóveis próprios e quitados, situados em áreas urbanas, com condições adequadas de moradia.

	<b>Características</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
<b>Localização</b>	Urbano	93	28
	Rural	7	2
<b>Tipo de imóvel</b>	Casa	93	28
	Chácara	7	2
<b>Situação do imóvel</b>	Próprio quitado	77	23
	Próprio não quitado	13	4
	Cedido	7	2
	Alugado	3	1
<b>Rede de água</b>	Sim	100	30
	Não	0	0
<b>Rede de esgoto</b>	Sim	93	28
	Não	7	2
<b>Rede de energia</b>	Sim	100	0
	Não	0	0

**Tabela 1: Condições de moradia dos cuidadores (n=30)**

## APÊNDICE D2 – ANÁLISE FATORIAL

Buscando testar as correlações encontradas na Parte 1 das análises do coeficiente de correlação de Pearson utilizou-se a análise fatorial, uma vez que esta permite o cruzamento entre todas as variáveis analisadas: independência, cognição, tempo de lesão, tempo de reabilitação e idade do sujeito com AVC, sobrecarga, dor, qualidade de vida e tempo de cuidado dispensado pelo cuidador familiar.

Inicialmente elaborou-se uma matriz de correlação com base nos dados obtidos através dos instrumentos de coleta, sendo eliminados os fatores altamente correlacionados. Posteriormente, foram realizados alguns testes para verificação da adequação da metodologia a amostra bem como métodos para seleção do número de fatores. Após a confirmação da adequação da metodologia à amostra e seleção do número de fatores, foi realizada a rotação fatorial pelo método Varimax.

A Tabela 1 apresenta a matriz de correlação com base nos dados obtidos através dos instrumentos de coleta.

	ID1	TL	TR	IND M	IND C	IND T	COG	TCD	DC	SOB	QV
ID1	1,00	0,17	0,04	0,10	0,09	0,10	0,09	0,16	0,06	0,12	-0,09
TL		1,00	0,65	-0,22	-0,04	-0,17	-0,03	0,99	0,12	-0,03	0,20
TR			1,00	-0,39	-0,35	-0,39	-0,34	0,65	-0,03	-0,005	-0,02
IND M				1,00	0,84	0,98	0,82	-0,22	0,20	-0,19	-0,09
IND C					1,00	0,92	0,91	-0,03	0,15	-0,20	0,002
IND T						1,00	0,88	-0,17	0,19	-0,20	-0,06
COG							1,00	-0,03	0,24	-0,17	-0,06
TCD								1,00	0,12	-0,04	0,21
DC									1,00	0,16	-0,40
SOB										1,00	-0,41
QV											1,00

ID1 – idade do sujeito com AVC; TL – tempo de lesão; TR – tempo de reabilitação; IND M – independência motora; IND C – independência cognitiva; IND T – independência total; COG – cognição; TCD – tempo de cuidado dispensado; DC – dor no corpo; SOB – sobrecarga; QV – qualidade de vida.

**Tabela 1: Matriz de correlações**

Durante a análise da matriz verificou-se que o tempo de lesão e o tempo de cuidado dispensado em meses apresentaram valores extremamente correlacionados, o que indica que os

sujeitos com AVC são cuidados pelo familiar desde a lesão, o que já era esperado tendo em vista os critérios de inclusão da amostra. Também se observou que as variáveis: independência motora e independência total apresentaram valores muito correlacionados entre si. A correlação quase perfeita entre tais variáveis ocasiona um impacto indesejado na análise e, diante disso, foi necessário manter apenas uma de cada par citado.

Dessa maneira, as variáveis: tempo de cuidado dispensado e independência total foram excluídas, enquanto tempo de lesão e independência motora foram mantidas, totalizando 9 variáveis. Ressalta-se que o comportamento verificado para estas duas últimas também pode ser estendido as primeiras, tendo em vista que a alta correlação entre elas.

Sequencialmente a este procedimento, foram realizados dois testes para explicar a adequação da metodologia à amostra: o teste de Barlett de esfericidade e a Medida de Adequação à Amostra.

Inicialmente a matriz de correlação foi examinada através do teste de Barlett de esfericidade com a finalidade de determinar a adequação da análise fatorial ao conjunto de dados. Tal teste fornece a probabilidade estatística de que a matriz de correlação tenha correlações significativas entre pelo menos alguma das variáveis. Analisando o p-valor apresentados na Tabela 2 (p-valor < 0,0001), observou-se a presença significativa de correlações entre pelo menos duas variáveis.

G.L.	Qui-Quadrado	P-Valor
36	124,95	<0,0001

**Tabela 2 – Teste Bartlett de esfericidade**

A outra medida adotada para quantificar o grau de intercorrelações e verificar a adequação da análise fatorial aos dados consistiu na medida de adequação da amostra (MSA). Esse índice varia de 0 a 1, alcançando 1 quando uma variável é prevista sem erro pelas outras variáveis (HAIR et al., 2010).

Com base nas orientações sobre a interpretação da MAS, apresentadas na Tabela 3, e avaliando os valores apresentados na Tabela 4, notou-se que algumas variáveis apresentaram valor de MSA baixo, porém por serem importantes para o trabalho foram mantidas, uma vez que o MSA total foi de valor 0,60, indicando adequação regular de aplicação da metodologia aos dados.

<b>MAS</b>	<b>Análise Fatorial</b>
0,8 ou acima	Ótimo
0,7 ou acima	Bom
0,6 ou acima	Regular
0,5 ou acima	Ruim
Abaixo de 0,5	Inaceitável

**Tabela 3 – Interpretação da MAS**

<b>Total</b>	<b>ID1</b>	<b>TL</b>	<b>TR</b>	<b>IND M</b>	<b>IND C</b>	<b>COG</b>	<b>DC</b>	<b>SOB</b>	<b>QV</b>
0,60	0,45	0,35	0,51	0,80	0,70	0,75	0,43	0,58	0,37

ID1 – idade do sujeito com AVC; TL – tempo de lesão; TR – tempo de reabilitação; IND M – independência motora; IND C – independência cognitiva; COG – cognição; DC – dor no corpo; SOB – sobrecarga; QV – qualidade de vida.

**Tabela 4 – Medida de adequação da amostra (MAS)**

Posteriormente, visando selecionar o número de fatores, utilizou-se a proporção da variabilidade explicada por cada fator e o “critério da raiz latente”. Conforme a Figura 1 e a Tabela 5, observa-se que estes fatores apresentaram autovalor próximo de 1, ou maior, e a proporção de variabilidade explicada próxima a 80%. Ambos permitiram identificar que os quatro primeiros fatores explicavam 81,62% da variabilidade total dos dados.

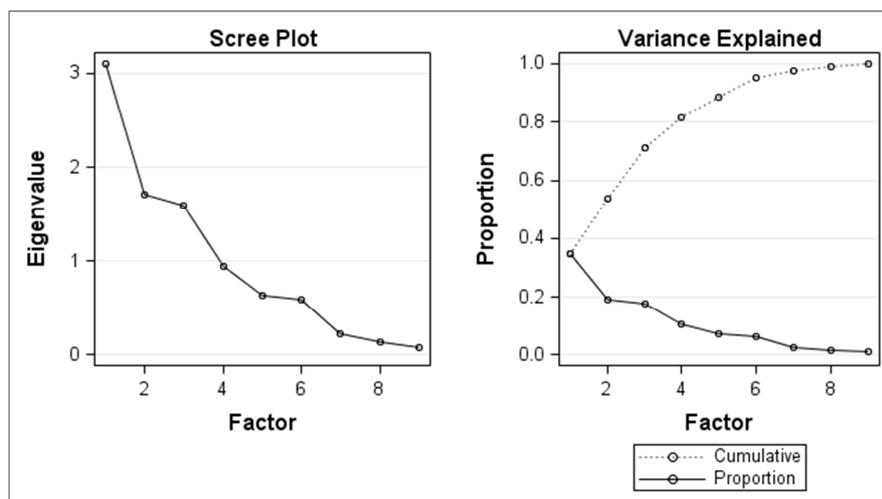


Figura 1 - Gráfico de cotovelo e proporção de variância explicada

Fator	Autovalor	Proporção explicada	Proporção acumulada
1	3,1011	0,3446	0,3446
2	1,7050	0,1894	0,5340
3	1,5909	0,1768	0,7108
4	0,9484	0,1054	0,8162
5	0,6341	0,0705	0,8866
6	0,5857	0,0651	0,9517
7	0,2213	0,0246	0,9763
8	0,1333	0,0148	0,9911
9	0,0797	0,0089	1,0000

Tabela 5 – Autovalor, proporção de variabilidade explicada e acumulada

Desse modo, foram utilizados 4 fatores visando explicar aproximadamente 81,62% da variabilidade total dos dados. Através da Tabela 6, observou-se que para essa porcentagem, o primeiro fator contribui com 39,94%, o segundo com 23,29%, o terceiro com 22,75% e o quarto com 13,99%.

	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Fator 3</b>	<b>Fator 4</b>
<b>Contribuição</b>	0,3994	0,2329	0,2275	0,1399

**Tabela 6 – Variância explicada por cada fator rotacionado**

Dentro deste contexto, para verificar se as variáveis foram explicadas adequadamente pelos fatores escolhidos, utilizou-se a comunalidade final estimada (variabilidade explicada), conforme Tabela 7. Com essas medidas, observou-se que os quatro fatores conjuntamente explicam aproximadamente 91% da variável idade do cuidador, 88% do tempo de lesão, 79% do tempo de reabilitação, 86% da independência motora, 90% da independência cognitiva, 90% da cognição, 70% de dor, 62% da sobrecarga e 73% da qualidade de vida.

<b>ID1</b>	<b>TL</b>	<b>TR</b>	<b>IND M</b>	<b>IND C</b>	<b>COG</b>	<b>DC</b>	<b>SOB</b>	<b>QV</b>
0,9192	0,8827	0,7922	0,8684	0,9090	0,9068	0,7021	0,6294	0,7354

ID1 – idade do sujeito com AVC; TL – tempo de lesão; TR – tempo de reabilitação; IND M – independência motora; IND C – independência cognitiva; COG – cognição; DC – dor no corpo; SOB – sobrecarga; QV – qualidade de vida.

**Tabela 7 - Comunalidade final estimada**

Desse modo, as 9 variáveis em questão foram reduzidas em 4 fatores comuns, facilitando a interpretação e identificação das variáveis mais associadas.

Após a definição do número de fatores, os eixos foram rotacionados e as cargas fatoriais referentes a cada um dos fatores, foram calculadas, conforme Tabela 8.

Itens	Independência e Cognição	Tempo de Lesão e de Reabilitação	Sobrecarga, Dor e Qualidade de Vida	Idade do Sujeito com AVC
<b>ID1</b>	0,1150	0,1248	0,0671	0,9412
<b>TL</b>	-0,0011	0,9288	-0,0734	0,1205
<b>TR</b>	-0,3310	0,8260	0,0144	0,0065
<b>IND M</b>	0,9040	-0,2191	0,0410	0,0391
<b>IND C</b>	0,9472	-0,0798	-0,0448	0,0577
<b>COG</b>	0,9490	-0,0565	0,0461	0,0280
<b>DC</b>	0,3190	0,2439	0,7143	-0,1749
<b>SOB</b>	-0,3071	-0,1371	0,6535	0,2986
<b>QV</b>	-0,0122	0,1207	-0,8475	-0,0486

ID1 – idade do sujeito com AVC; TL – tempo de lesão; TR – tempo de reabilitação; IND M – independência motora; IND C – independência cognitiva; COG – cognição; DC – dor no corpo; SOB – sobrecarga; QV – qualidade de vida.

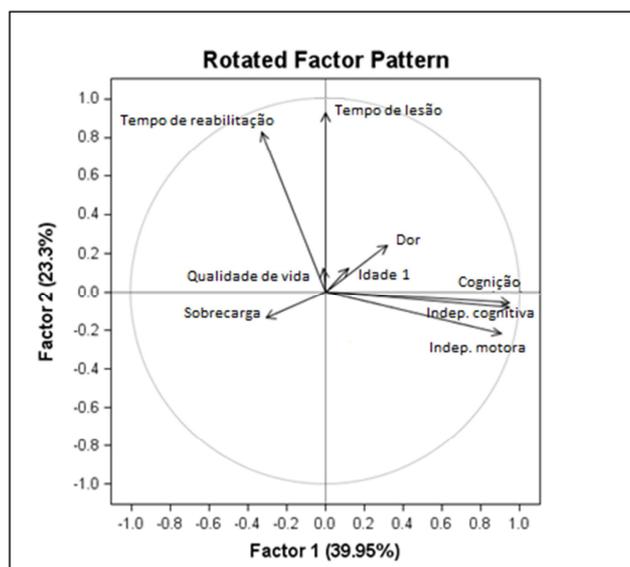
**Tabela 8: Cargas fatoriais rotacionadas**

Visando facilitar a visualização dos dados da Tabela 8, os fatores 1, 2, 3 e 4 foram destacados, respectivamente, em amarelo, vermelho, rosa e azul.

Observando conjuntamente as variáveis e os fatores tem-se que o Fator 1 explica a independência motora e cognitiva e a cognição, enquanto o Fator 2 explica o tempo de lesão e o tempo de reabilitação. Já o Fator 3 explica a dor, o sobrecarga e a qualidade de vida do cuidador, sendo evidente uma relação inversa entre as duas primeiras e a última. Por fim, o Fator 4 explica essencialmente a idade do sujeito com AVC.

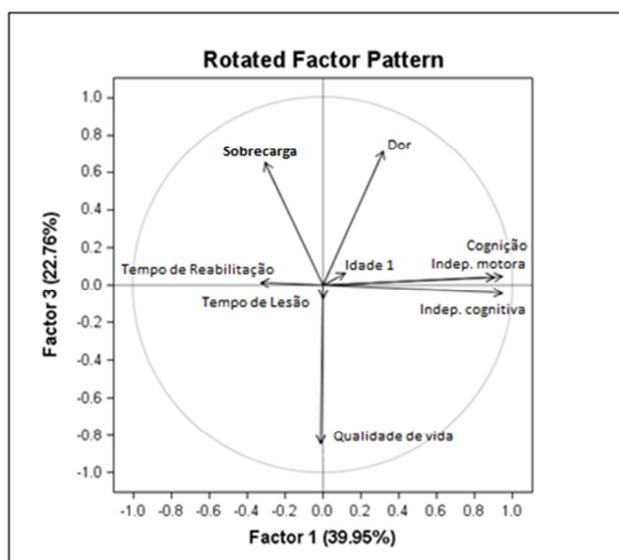
A seguir são apresentados os gráficos referentes à rotação entre os fatores e, em seguida, as análises dos cruzamentos entre estes, sendo a interpretação baseada na angulação entre as variáveis, na qual se têm que ângulos próximos a 0° caracterizam correlação positiva; ângulos próximos a 180° correlação inversa; e ângulos próximos a 90° independência entre as variáveis. Salienta-se também que quanto maiores forem os vetores, mais intensas serão as correlações entre as variáveis.

O Gráfico 1 consiste no cruzamento entre o Fator Independência e Cognição e o Fator Tempo de Lesão e de Reabilitação, após terem sido rotacionados.



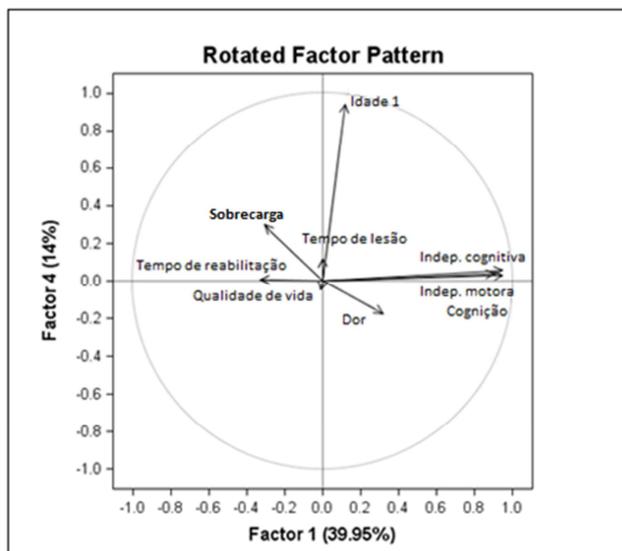
**Gráfico 1: Cruzamento entre o Fator Independência e Cognição e o Fator Tempo de Lesão e de Reabilitação**

O Gráfico 2 refere-se ao cruzamento entre o Fator Independência e Cognição e o Fator Sobrecarga, Dor e Qualidade de Vida, após terem sido rotacionados.



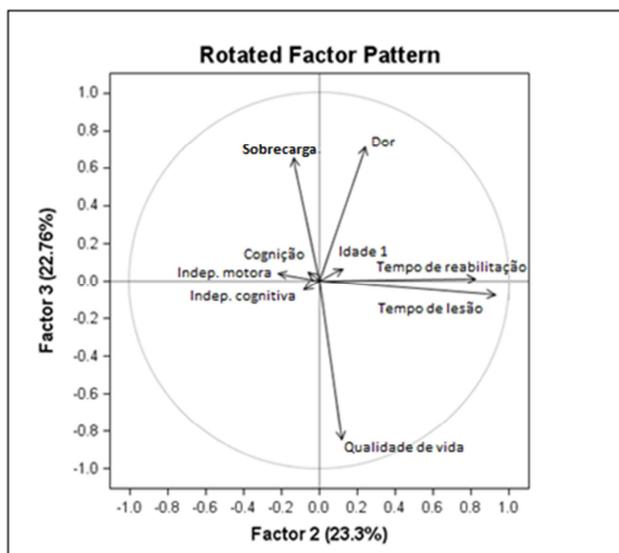
**Gráfico 2: Cruzamento entre o Fator Independência e Cognição e o Fator Sobrecarga, Dor e Qualidade de Vida**

O Gráfico 3 indica o cruzamento entre o Fator Independência e Cognição e o Fator Idade do sujeito com AVC rotacionados.



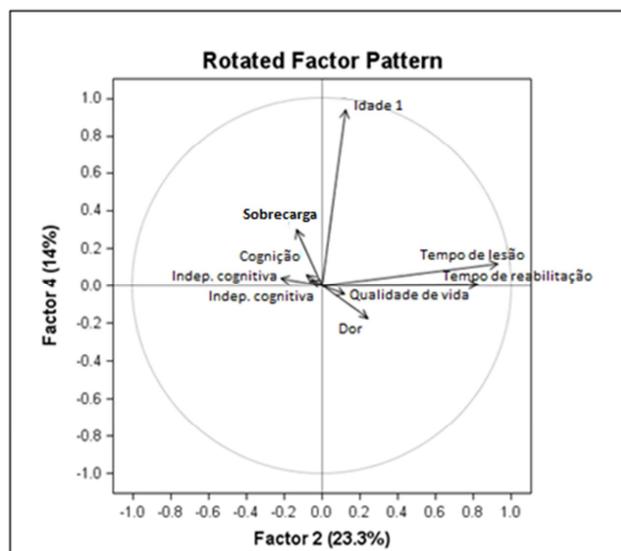
**Gráfico 3: Cruzamento entre o Fator Independência e Cognição e o Fator Idade do Sujeito com AVC**

O Gráfico 4 refere-se ao cruzamento entre o Fator Tempo de Lesão e de Reabilitação e o Fator Sobrecarga, Dor e Qualidade de Vida rotacionados.



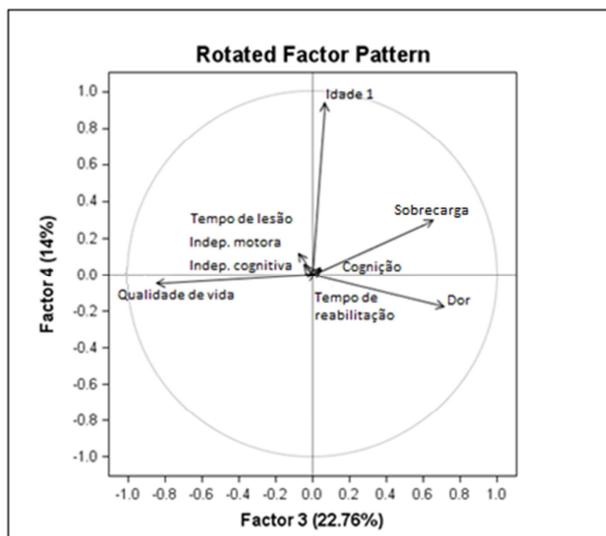
**Gráfico 4: Cruzamento entre o Fator Tempo de Lesão e de Reabilitação e o Fator Sobrecarga, Dor e Qualidade de Vida**

O Gráfico 5 consiste no cruzamento entre o Fator Tempo de Lesão e de Reabilitação e o Fator Idade do Sujeito com AVC após serem rotacionados.



**Gráfico 5: Cruzamento entre o Fator Tempo de Lesão e de Reabilitação e o Fator Idade do Sujeito com AVC**

Por fim, o Gráfico 6 fornece o cruzamento entre o Fator Sobrecarga, Dor e Qualidade de Vida e o Fator Idade do Sujeito com AVC rotacionados.



**Gráfico 6: Cruzamento entre o Fator Sobrecarga, Dor e Qualidade de Vida e o Fator Idade do Sujeito com AVC**

Nos Gráficos 1, 2 e 3 identificou-se que as variáveis independência motora, cognitiva e total estavam correlacionadas entre si, bem como estas também se correlacionavam altamente à cognição. Essas relações também foram encontradas no coeficiente de correlação de Pearson, reforçando esses achados. Por conseguinte, entende-se que sujeitos com AVC mais independentes do ponto de vista motor parecem ser mais independentes do ponto de vista cognitivo e total. Ademais, entende-se que sujeitos com maiores níveis de independência também apresentam melhores índices cognitivos, ou vice-versa.

Embora nos Gráficos 1, 3 e 5 tenha se notado leve associação inversa entre a dor e a sobrecarga dos cuidadores familiares, nos Gráficos 2, 4 e 6 observou-se que a ambas eram altamente correlacionadas entre si. Tendo em vista que os Gráficos 2, 4 e 6 descrevem melhor as variáveis dor e sobrecarga, entende-se, então, que existem correlações positivas entre estas. Esses dados contrariam os achados através do coeficiente de correlação de Pearson, uma vez que não foram encontradas correlações significativas entre a dor e a sobrecarga.

Ainda através destes gráficos observou-se que quanto maiores forem esses níveis de sobrecarga e dor, menores também serão os índices de qualidade de vida destes cuidadores. Esses dados foram ratificados pelos achados do coeficiente de correlação de Pearson. Desse modo, pode-se dizer que cuidadores com maiores níveis de dor e sobrecarga também apresentam menores índices de qualidade de vida.

No Gráfico 2, a independência (motora, cognitiva e total) e a cognição dos sujeitos com AVC se apresentaram independentes da dor, sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores, diferentemente do que se observa no Gráfico 1, no qual a independência e cognição se apresentaram inversamente correlacionadas à variável sobrecarga. Considerando que o Gráfico 2 explica melhor o cruzamento entre tais variáveis, entende-se que estas não apresentam correlação significativa, o que também se observou no coeficiente de correlação de Pearson. Assim, a hipótese de que sujeitos com AVC mais independentes e com melhores índices cognitivos possuem cuidadores familiares menos estressados, com menores índices de dor e melhores níveis de qualidade de vida não foi confirmada.

Com base nos Gráficos 1, 4, 5 e 6, observou-se que os tempos de lesão, de reabilitação dos sujeitos com AVC e o tempo de cuidado dispensado pelo cuidador eram muito correlacionados entre si, dados esses que foram também observados no coeficiente de correlação

de Pearson. Entende-se, então, que quanto maior for o tempo de lesão do sujeito com AVC, maior será o tempo de reabilitação e maior o tempo de cuidado dispensado, e vice-versa.

Embora no Gráfico 2 e 3 as variáveis independência (motora, cognitiva e total) e cognição tenham se mostrado altamente correlacionadas inversamente ao tempo de reabilitação; no Gráfico 1 estas se mostraram altamente independentes em relação ao tempo de lesão, de cuidado dispensado e de reabilitação. Considerando que o Gráfico 1 explica melhor as variáveis envolvidas, pode-se dizer que não existe correlação significativa entre estas, o que contraria os achados do coeficiente de correlação de Pearson, que encontrou correlação inversa entre a independência motora e total e o tempo de reabilitação dos sujeitos com AVC.

Com base nos Gráficos 2 e 4, observou-se que os tempos de lesão, de cuidado dispensado e de reabilitação apresentam-se independentes em relação aos níveis de dor, sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores. Esses achados apresentaram-se semelhantes no coeficiente de correlação de Pearson. Desta forma, entende-se, então, que os tempos de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado não se relacionam com os níveis de sobrecarga, dor e qualidade de vida de vida dos cuidadores.

A idade dos sujeitos com AVC mostrou-se independente em relação a todas as variáveis: independência (motora, cognitiva e total), cognição, tempo de lesão, reabilitação dos sujeitos com AVC e tempo de cuidado dispensado, sobrecarga, dor e qualidade de vida dos cuidadores familiares, fato esse corroborado pelo coeficiente de correlação de Pearson.

## **Referência**

HAIR, J.; BLACK, W.; BABIN, B.; ANDERSON, R. **Multivariate Data Analysis**. 7. ed. USA: Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, NJ, 2010.

**ANEXOS**

**ANEXOS A – INSTRUMENTOS PADRONIZADOS****ANEXO A1 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

---

(Versão sugerida por Brucki e colaboradores, 2003)

**1. Orientação temporal (1 ponto para cada resposta correta)**

Que dia é hoje?

Em que mês estamos?

Em que ano estamos?

Em que dia da semana estamos?

Qual a hora aproximada? (Considere a variação de mais ou menos uma hora)

**2. Orientação espacial (5 pontos – ponto para cada resposta correta)**

Em que local nós estamos? (Consultório, dormitório, sala / apontando para o chão)

Que local é esse aqui? (Apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).

Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.

Em que cidade nós estamos?

Em que Estado nós estamos?

**3. Memória Imediata**

Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: **CARRO, VASO, TIJOLO** (dê **1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez**, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

**4. Cálculo**

Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (**Considere 1 ponto para cada resultado correto**). Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.

**5. Evocação das palavras**

Pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir. (**1 ponto para cada**)

**6. Nomeação**

Peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta). (**1 ponto para cada**)

**7. Repetição**

Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá”. Considere somente se a repetição for perfeita **(1 ponto)**

### 8. Comando

Pegue esse papel com a mão direita **(1 ponto)**, dobre-o ao meio **(1 ponto)** e coloque-o no chão **(1 ponto)**. Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

### 9. Leitura

Mostre a frase escrita: “FECHE OS OLHOS.” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando. **(1 ponto)**

### 10. Frase

Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. **(1 ponto)**

### 11. Cópia do desenho

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos **(1 ponto)**



Escore total: \_\_\_\_\_

**ANEXO A2 – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)**

---

**Independência:**

7- Independência completa (Tempo, Segurança)

6- Independência modificada (aparelho)

**Dependência Modificada:**

5-Supervisão

4-Assistência Mínima (Sujeito realiza 75% ou mais da atividade)

3-Assistência Moderada (Sujeito realiza 50% ou mais da atividade)

**Completa Dependência:**

2-Assistência Máxima (Sujeito realiza 25% ou mais da atividade)

1-Assistência Total (Sujeito realiza 0%)

**Cuidados pessoais**

A. Alimentação \_\_\_\_

B. Cuidados pessoais \_\_\_\_

C. Banho \_\_\_\_

D. Vestuário superior \_\_\_\_

E. Vestuário inferior \_\_\_\_

F. Uso do Vaso Sanitário \_\_\_\_

**Controle Esfincteriano**

G. Controle vesical \_\_\_\_

H. Controle intestinal \_\_\_\_

**Mobilidade / Transferência**

I. Leito, Cadeira, C/Rodas \_\_\_\_

J. Sanitário \_\_\_\_

K. Banheira, Chuveiro \_\_\_\_

**Locomoção**

L. Marcha/ Cadeira de Rodas C \_\_\_\_ M \_\_\_\_

M. Escadas \_\_\_\_

**Comunicação**

N. Compreensão \_\_\_\_\_

O. Expressão \_\_\_\_\_

**Conhecimento Social**

P. Interação Social \_\_\_\_\_

Q. Resolução de Problemas \_\_\_\_\_

R. Memória \_\_\_\_\_

**MIF Motora** \_\_\_\_\_ **MIF Cognitiva** \_\_\_\_\_ **Total** \_\_\_\_\_

Não deixe de marcar nenhum item, se for impossível de ser testado marque 1.

**ANEXO A3 – ESCALA ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)**

(Tradução e confiabilidade Taub, Andreoli e Bertolucci, 2004)

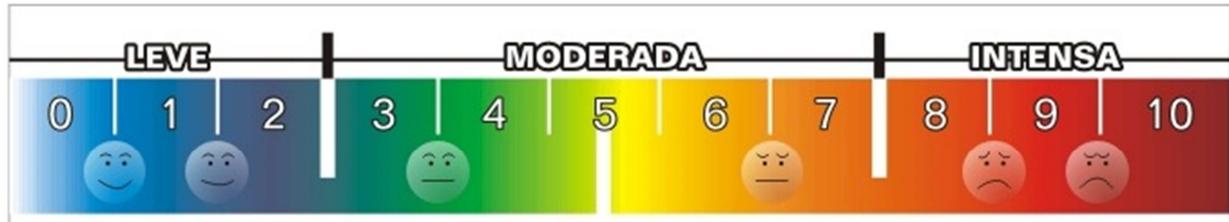
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Você sente que seu familiar pede mais ajuda do que ele realmente precisa?	0	1	2	3	4
2. Você sente que não tem tempo suficiente para você devido ao tempo que você dedica ao seu familiar?	0	1	2	3	4
3. Você sente estressado dividindo-se entre tomar conta do seu familiar e assumindo suas responsabilidades para sua família ou trabalho?	0	1	2	3	4
4. Você sente envergonhado com o comportamento do seu familiar?	0	1	2	3	4
5. Você se sente irritado quando está próximo do seu familiar?	0	1	2	3	4
6. Você sente que seu familiar frequentemente afeta negativamente seu relacionamento com outros membros da família ou amigos?	0	1	2	3	4
7. Você tem medo do que possa acontecer com seu familiar no futuro?	0	1	2	3	4
8. Você sente que seu	0	1	2	3	4

familiar depende de você?					
9. Você se sente estressado quando seu familiar está por perto?	0	1	2	3	4
10. Você sente que sua saúde foi prejudicada devido à sua dedicação ao seu familiar?	0	1	2	3	4
11. Você sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
12. Você sente que sua vida social foi prejudicada por causa dos cuidados com o seu familiar?	0	1	2	3	4
13. Você se sente desconfortável em receber amigos em casa devido ao seu familiar?	0	1	2	3	4
14. Você sente que seu familiar parece esperar que você cuide dele como se você fosse o único(a) de quem ele pudesse depender?	0	1	2	3	4
15. Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de seu familiar, além de suas outras despesas?	0	1	2	3	4
16. Você sente que não vai mais ser capaz de cuidar de seu familiar?	0	1	2	3	4
17. Você sente que perdeu o controle da sua vida desde que	0	1	2	3	4

seu familiar adoeceu?					
18. Você gostaria de transferir o cuidado de seu familiar para outra pessoa?	0	1	2	3	4
19. Você sente-se incerto/inseguro acerca do que fazer com o seu familiar?	0	1	2	3	4
20. Você sente que deveria estar fazendo mais por seu familiar?	0	1	2	3	4
21. Você acha que poderia fazer Um trabalho melhor no cuidado com seu familiar?	0	1	2	3	4
22. De maneira geral, o quão sobrecarregado você se sente cuidando do seu familiar?	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
22. De maneira geral, o quão sobrecarregado você se sente cuidando do seu familiar?	0	1	2	3	4

**ANEXO A4 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR (EVA)**

(Montesanti; Anjos, 2012)



**ANEXO A5 –WHOQOL BREF (WB)**

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	Nem 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	1	2	3	4	5

com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
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 frequência com que 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

Total: \_\_\_\_\_

## ANEXOS B – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

## ANEXO B1 – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INDEPENDÊNCIA E COGNIÇÃO PÓS-AVC E SUA RELAÇÃO COM O ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES

**Pesquisador:** Camila Caminha Caro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 21449313.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 407.178

**Data da Relatoria:** 15/10/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo prospectivo, de caráter exploratório e com abordagem quali-quantitativa. Serão realizados questionários de avaliação em voluntários do sexo masculino, entre 18 e 60 anos que sofreram AVC (Acidente Vascular Cerebral) e também nos seus respectivos cuidadores (maiores de 18 anos e informação presente no TCLE específico).

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisadora aponta como objetivos: verificar se existem possíveis relações entre o nível de independência em atividades de função diária e função cognitiva em sujeitos com AVC e o nível de estresse e qualidade de vida de seus cuidadores; identificar se as variáveis idade, cognição e tempo de reabilitação dos sujeitos com sequelas de AVC interferem no nível de estresse e qualidade de vida dos cuidadores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora informa como riscos ao grupo dos que sofreram AVC: sentimentos de tristeza ou de incapacidade e de constrangimento ao responder a ficha de identificação e as avaliações padronizadas, uma vez que terão que apresentar dados relativos à sua vida e muitas vezes expor informações que não saíam do âmbito familiar além do próprio cansaço ao responder a ficha de identificação e as avaliações padronizadas, uma vez que estas exigirão atenção e participação dos

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS **CEP:** 13.565-905  
**Telefone:** (16)3351-9683 **E-mail:** oephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 407.176

sujeitos a todo o momento; no caso dos cuidadores poderão vir à tona sentimentos negativos relacionados ao cuidado, dificuldades na aceitação das incapacidades do familiar com AVC, dificuldades familiares, perda de papéis e até mesmo abandono de atividades. Quanto aos benefícios, informa os seguintes: entre os indivíduos com AVC, poderá haver melhor percepção das dificuldades cognitivas e das dificuldades nas atividades de vida diária, no caso de indivíduos com AVC e para os cuidadores: maior percepção do seu estresse e qualidade de vida. Além disso, aponta que poderá haver maior compreensão da condição de saúde, por parte de ambos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O assunto apresentado possui relevância à área em questão. O cronograma apresentado está adequado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto foi adequadamente preenchida e está assinada. Foi apresentado documento de concordância na realização da pesquisa por parte da Unidade de Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos. Foram apresentados dois TCLEs, um para cada um dos grupos de pesquisa, contendo informações específicas e também a faixa etária de participação.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram resolvidas.

A pesquisadora deverá solicitar aos voluntários que, além de assinarem a última página do TCLE, deverão rubricar as demais páginas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
UF: SP Município: SAO CARLOS  
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: oephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 407.176

SAO CARLOS, 26 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Maria Isabel Ruiz Beretta**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9683 **E-mail:** oephumanos@ufscar.br

**ANEXO B2 – FOLHA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DA CIDADE  
NA QUAL OS DADOS FORAM COLETADOS**

---



**PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA NA REDE PÚBLICA  
MUNICIPAL DE SAÚDE**

A Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, neste ato, representada pelo senhor Professor Doutor **Valter Negrelli Junior**, Secretário de Saúde, em atendimento à solicitação da pesquisadora: **Camila Caminha Caro**, vinculada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP – Residência Multiprofissional, nos termos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, DECLARA que:

- a) O projeto de pesquisa "**Independência e cognição pós-AVC e sua relação com o estresse e qualidade de vida do cuidador**", contém os elementos essenciais à sua autorização;
- b) A proposta inclui termo de compromisso da pesquisadora aquiescendo às diretrizes da Resolução 466 e do Convênio de Cooperação firmado entre a Secretaria e a Universidade; respeitando as normas e planos de trabalho da Unidade de Saúde; garantindo a cessão do relatório de pesquisa e sua apresentação em seminário à equipe técnica da Secretaria; assumindo a publicação dos resultados;
- c) A disponibilização de infraestrutura necessária ao seu desenvolvimento poderá receber contribuição da Secretaria, a critério desta, sempre que não alterar o seu planejamento financeiro e a rotina de trabalho.
- d) "Fica autorizada a realização da pesquisa, **Independência e cognição pós-AVC e sua relação com o estresse e qualidade de vida do cuidador**", no período de outubro de 2013 a maio de 2014, sendo este o parecer.

São José do Rio Preto, 10 de setembro de 2013.

  
**Dr. Valter Negrelli Junior**  
Secretário de Saúde

*Secretaria de Saúde*  
Av.: Romeu Strazzi, 199 - Vila Sinibaldi / Fone (17) 3216 9766  
CEP: 15084 - 010 São José do Rio Preto