

MANUSCRITO 3 - EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE APOIO NA SOBRECARGA DE CUIDADORES FAMILIARES DOS SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL <sup>1</sup>

Este manuscrito será submetido à *Clinical Nursing Research* e foi elaborado conforme as instruções para autores, disponíveis no link: <https://us.sagepub.com/en-us/sam/clinical-nursing-research/journal200890#submission-guidelines>, consultadas em dezembro de 2019.

---

<sup>1</sup> Neste manuscrito, o termo *intervenção* foi alterado por programa, com a finalidade de adequação à linguagem internacional do periódico escolhido para a submissão.

## EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE APOIO NA SOBRECARGA DE CUIDADORES FAMILIARES DOS SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1. Jaine Karenly da Silva. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil.
2. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil.

### **RESUMO**

O objetivo foi analisar a efetividade de um programa de apoio na sobrecarga de cuidadores familiares de sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral, em comparação aos cuidados convencionais. Estudo quase-experimental com uma amostra por conveniência de 37 cuidadores alocados em Grupos Intervenção (n=20) e Controle (n=17). O programa de apoio consistiu em oito discussões mensais em grupo e atendimentos individuais. A sobrecarga e estresse dos cuidadores e o grau de independência dos sobreviventes de AVC foram medidos pelas escalas de *Zarit Burden Interview*, Estresse Percebido e Katz nos momentos pré-intervenção (T0), durante (T1) e pós-intervenção (T2). O Grupo Intervenção reduziu significativamente a sobrecarga e o estresse, sobretudo entre os momentos T0 e T2, o que não foi observado no Grupo Controle. O grau de independência do sobrevivente de AVC não se alterou entre os grupos ou momentos. A intervenção apresentou tamanho de efeito moderado. Os enfermeiros podem iniciar este programa precocemente e mantê-lo nas Unidades Básicas de Saúde ou ambulatoriais enquanto os sobreviventes de AVC realizam tratamentos específicos.

**Palavras-chaves:** sobrecarga, cuidadores, acidente vascular cerebral, estudo quase-experimental, programa de apoio.

## **INTRODUÇÃO**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de deficiências cognitivas e funcionais crônicas, em adultos e idosos, no mundo (Feigin, Norrving & Mensah, 2017). Como a reabilitação do sobrevivente de AVC geralmente é longa, a família ou um único cuidador familiar assumem o cuidado em domicílio, com a execução de tarefas complexas sem o devido preparo, o que resulta em sua sobrecarga física, econômica, emocional e psicossocial (Cheng, Chair, & Chau, 2018).

Na ausência de uma fonte de apoio social, especialmente de serviços e profissionais de saúde, essa sobrecarga pode aumentar e comprometer tanto a saúde do cuidador quanto a qualidade dos cuidados prestados ao paciente (Costa, Costa, Martins, Fernandes, & Brito, 2015; Mashau, Netshandama, & Mudau, 2016). Ela pode resultar no aparecimento ou agravamento do estresse do cuidador (Souza et al., 2015) e na dificuldade de recuperação da autonomia dos sobreviventes de AVC para a realização das atividades básicas cotidianas (Caro, Costa & Cruz, 2018).

Essas consequências negativas para a díade cuidador-sobrevivente de AVC demonstram a necessidade de reduzir essa sobrecarga. Assim, a literatura recomenda priorizar esses cuidadores por meio de programas ou intervenções multicomponentes que enfatizem o cuidado à própria saúde, ao mesmo tempo que forneçam uma capacitação contínua para o cuidado do sobrevivente de AVC (Bakas, McCarthy, & Miller, 2017). Entre os profissionais de saúde que integram o apoio social formal, os enfermeiros podem estar na vanguarda e formar parceria com os demais membros da equipe multidisciplinar na implementação de estratégias multicomponentes para fornecer coletiva ou individualmente apoio, educação e aconselhamento aos cuidadores (Camak, 2015).

Essas intervenções devem ser desenvolvidas considerando as necessidades dos cuidadores (Bakas et al., 2017) e a fase da recuperação do sobrevivente de AVC (Cameron et al., 2015). Como a sobrecarga do cuidador geralmente mantém-se após anos de cuidado (Pesantes, Brandt, Ipince, Miranda & Dies-Canseco, 2017), as intervenções não devem se limitar à fase aguda, que ocorre entre o período de transição da alta hospitalar e os primeiros meses na comunidade. Assim sendo, intervenções na fase crônica do AVC (a partir de seis meses pós-AVC) são imprescindíveis, pois os cuidadores precisam constantemente de orientações sobre cuidados elementares e complexos ou sobre problemas que podem surgir ao longo do tempo (Fens et al., 2014).

A maioria das pesquisas sobre intervenções centradas nos cuidadores, com uso de programas de apoio após o AVC, são originárias de países de alta renda. No Brasil, os programas de intervenções para reduzir a sobrecarga do cuidador familiar do sobrevivente de AVC baseados em evidências científicas são escassos (Costa et al., 2015), especialmente na fase crônica do AVC. Programas que tenham baixo custo financeiro e fácil operacionalidade podem ser viáveis nas ações de saúde, sobretudo no setor público, de maneira complementar ou alternativa aos métodos convencionais (atendimento de rotina).

Como geralmente a sobrecarga possui relação com o estresse do cuidador e o grau de independência do sobrevivente de AVC (Souza et al., 2015; Costa et al., 2015), as seguintes hipóteses serão testadas: os cuidadores que participaram de um programa de apoio terão diferenças na sobrecarga e no estresse pós-intervenção, em comparação com o Grupo Controle (GC). Além disso, os sobreviventes de AVC cuidados pelos cuidadores do Grupo de Intervenção (GI) terão diferença no grau de independência, em comparação aos do GC.

Portanto, o objetivo principal do estudo é analisar a efetividade de um programa de apoio na sobrecarga de cuidadores familiares de sobreviventes de AVC em comparação aos cuidados convencionais. Por conseguinte, os objetivos secundários foram analisar a

efetividade deste programa de apoio no estresse dos cuidadores familiares e no grau de independência dos sobreviventes de AVC alocados no GI, em comparação ao GC.

## **MÉTODO**

### **Desenho do estudo**

Estudo prospectivo, quase-experimental, com uma intervenção controlada não randomizada, baseado na declaração *Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs (TREND)*, conforme proposto por Des Jarlais, Lyles, Crepaz, & the TREND Group (2004). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia pelo CAAE 71341017.5.0000.0055; atende, portanto, à Resolução brasileira de número 466, de 2012, e à declaração de Helsinki. Todos os participantes autorizaram a pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma foi arquivada pela pesquisadora e outra ficou em posse dos cuidadores.

### **Participantes e tamanho da amostra**

Uma amostra por conveniência de cuidadores familiares de pessoas com diagnóstico de AVC registrado nos prontuários do hospitalar regional (n=152) e das 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) — n=69 — gerenciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi recrutada de setembro de 2017 a março de 2018 em suas residências em uma cidade do interior da Bahia, Brasil. Os critérios de elegibilidade dos cuidadores foram: identificar-se como o principal cuidador familiar de um sobrevivente de AVC com dependência de cuidado em uma ou mais funções (avaliadas pela escala de Katz), apresentar tempo de cuidado de 6 a 50 meses (fase crônica do AVC), ter idade igual ou superior a 18 anos e residir em zona urbana.

## **Intervenção**

Os cuidadores familiares alocados no GC foram orientados a manter seu atendimento de rotina nas unidades de saúde (cuidados convencionais) e não receberam atendimento de qualquer profissional de saúde que participou do programa de apoio. Além dos cuidados convencionais das unidades de saúde, os cuidadores alocados no GI participaram de um programa de apoio com componentes individual e grupal, combinado às modalidades aquisição de habilidades e educação por oito meses (de abril a novembro de 2018), considerando suas necessidades na fase de recuperação crônica dos sobreviventes de AVC e do cuidado em domicílio.

Os atendimentos individuais foram realizados por outros profissionais de saúde que não participaram do componente grupal. Assim, o encaminhamento do cuidador ao psicólogo ocorreu por solicitação oral do participante, e um fisioterapeuta avaliou todos os cuidadores do GI para identificar a necessidade de tratamento osteomuscular.

O componente grupal ocorreu em oito encontros (uma sessão mensal por duas horas), com a participação de profissionais de saúde (psicólogo, educador físico, médico, nutricionista, fisioterapeuta e enfermeiro) e outros cuidadores. Essas sessões foram guiadas pelo referencial teórico e metodológico de Paulo Freire sobre a pedagogia da autonomia, adaptada ao contexto do estudo (Freire, 1996).

As sessões grupais mensais ocorreram no formato de rodas de conversas temáticas, sendo 4 mediadas por uma psicóloga (com pré-relaxamento de 30 minutos conduzido por uma educadora física) de maneira intercalada com outras 4 sessões com os demais profissionais. Cada sessão teve um assunto central, conforme descrito a seguir: 1) a importância do autocuidado; 2) orientações gerais sobre o AVC (conceito, tipos, fatores de risco e encaminhamento na rede de atenção à saúde); 3) aspectos negativos e positivos do cuidado; 4) cuidados com a alimentação da díade; 5) mecanismos de enfrentamento do estresse no

cuidador; 6) posicionamento do sobrevivente de AVC e postura ergonômica do cuidador; 7) agravamento da saúde da díade e morte da pessoa cuidada; 8) cuidados com o corpo e a higiene corporal pós-AVC.

A pesquisadora principal e os demais profissionais da saúde elaboraram juntos as temáticas e os folhetos informativos entregues ao final das sessões. Todos os temas e encaminhamentos individuais à fisioterapia e à psicologia foram escolhidos com base em um levantamento das necessidades pré-intervenção, no qual foram identificadas as temáticas sobre a educação e a saúde em relação ao AVC, sobre os cuidados cotidianos, sobre a reestruturação da assistência ao cuidador e sobre o tempo livre.

Para manter a adesão em ambos os grupos do estudo, os cuidadores realizaram exames laboratoriais de rotina ofertados pelo SUS antes da intervenção. Posteriormente, a pesquisadora principal entregou os resultados aos cuidadores, realizou orientações verbais com base nos protocolos do SUS e os encaminhou para as UBS para acompanhamento. Houve pagamento do transporte para os cuidadores do GI cuja residência era distante do local das sessões grupais e um contato telefônico na semana anterior e outro na véspera da intervenção para confirmar data, horário e local da sessão.

Todos os profissionais de saúde tinham experiência mínima de um ano em docência e assistência a cuidadores e sobreviventes de AVC na comunidade. Para assegurar a adesão desses profissionais ao desenho do estudo, a pesquisadora principal manteve contato regular, com uma média de três reuniões no total.

### **Instrumentos e desfechos**

Um formulário contendo variáveis sobre o cuidador, o sobrevivente de AVC e o cuidado foi elaborada para este estudo. O desfecho primário foi a sobrecarga do cuidador em relação aos cuidados prestados ao sobrevivente de AVC. Para mensurá-la, utilizou-se a escala

*Zarit Burden Interview*, composta por 22 itens que avaliam a condição de saúde, a situação psicológica e financeira, o relacionamento interpessoal, a vida social e pessoal. O escore da escala varia de 0 a 88, sendo que, quanto maior a pontuação, maior é a sobrecarga. A consistência interna e a validade na população brasileira foram testadas pelo coeficiente alfa de Cronbach, que apresentou valor de 0,87 (Scazufca, 2002).

Os desfechos secundários incluíram o estresse dos cuidadores familiares e o grau de independência do sobrevivente de AVC. A escala de estresse percebido foi proposta por Cohen, Kamarck & Mermelstein em 1983 e validada para o Brasil na população idosa por Luft, Sanches, Mazo e Andrade em 2007. É composta por 14 questões do tipo likert com opções de resposta que variam entre 0 e 4. Os escores da soma da pontuação das questões variam de 0 a 56. A maior pontuação indica maior estresse nos últimos 30 dias. A confiabilidade da escala foi testada em indivíduos de 18 a 70 anos de um estudo de base populacional no Brasil e apresentou alfa de Cronbach de 0,775 (Faro, 2015).

Para identificar o nível de independência do sobrevivente de AVC, aplicou-se a escala de Atividades Básicas de Vida Diária, desenvolvida por Sidney Katz, aos cuidadores familiares. Esse instrumento avalia a independência funcional em seis respectivas funções (alimentação, controle de esfínteres, transferência, condição de ir ao banheiro, capacidade de vestir-se e tomar banho). O escore varia de 0 a 6 pontos; um ponto é atribuído a cada resposta “Sim”, sendo o indivíduo considerado como: independente em todas as funções (escore 0) ou dependente de 1 a 6 funções. Lino e colaboradores realizaram a adaptação transcultural no Brasil, e o alfa de Cronbach variou de 0,80 a 0,92 (Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro Filho, & Buksman, 2008).

### **Cronograma da coleta dos dados**

No momento pré-intervenção ou linha de base (T0), coletou-se informações sobre o cuidado e dados sociodemográficos dos sobreviventes de AVC e de seus cuidadores familiares em domicílio. As coletas de dados foram face a face; para os três desfechos, a aplicação dos instrumentos ocorreu em três momentos: na pré-intervenção (T0), entre setembro de 2017 e março de 2018; no quarto mês da intervenção (T1); e na pós-intervenção (T2), entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019. A pesquisadora principal treinou uma enfermeira especialista para a aplicação desses instrumentos.

### **Pareamento e cegamento**

Após a coleta de dados na linha de base, um estatístico (externo à pesquisa) realizou a alocação dos participantes para seus respectivos grupos por meio do pareamento segundo as características do cuidado, do cuidador e do sobrevivente de AVC, buscando a homogeneidade dessas variáveis em ambos os grupos. O cegamento (blindagem da alocação dos participantes nos Grupos Controle e Intervenção) foi possível apenas para a enfermeira treinada, que aplicou todos os instrumentos, e para o estatístico, que realizou o pareamento e a análise dos dados, pois os cuidadores e os profissionais tinham conhecimento da intervenção.

### **Análise estatística**

Medianas e Intervalo Interquartil (IQ), valores absolutos e porcentagens foram usados para descrever, respectivamente as variáveis contínuas e categóricas relacionadas às características do cuidado (residir com o paciente, apoio familiar, tempo e horas de cuidado), dos cuidadores (idade, sexo, situação conjugal, renda, ocupação, escolaridade, grau de parentesco, sobrecarga e estresse) e do sobrevivente de AVC (idade, sexo e grau de independência), independentemente de sua integração no delineamento experimental. As

diferenças na mediana e na proporção dessas variáveis entre os Grupos Intervenção e Controle foram analisadas pelos testes Mann Whitney e  $\chi^2$ , respectivamente.

Para avaliar as diferenças das variáveis de desfechos analisadas (sobrecarga, estresse do cuidador e grau de independência do sobrevivente de AVC) entre os Grupos Controle e Intervenção, nos momentos distintos (T0, T1 e T2) utilizou-se os testes de Friedman e Wilcoxon, com ajuste de Bonferroni. O cálculo do tamanho do efeito (*effect size*) foi realizado para as comparações entre grupos (i.e., comparações das diferenças entre T0, T1 e T2), sendo adotado o coeficiente de Kendall W como indicador de tamanho de efeito, conforme recomendado por Tomczak & Tomczak (2014). O coeficiente de Kendall W assume que valores iguais a 0 ou próximos a este indicam um tamanho insignificante do efeito, e valores próximos ou iguais a 1 sinalizam tamanho grande do efeito (Tomczak & Tomczak, 2014). O software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0, foi utilizado para todas as análises estatísticas, considerando o nível de significância de 5%.

## **Resultados**

Dos 44 participantes elegíveis para o estudo, 37 consentiram a participação, sendo 20 destinados ao GI e 17 escolhidos para o GC, conforme apresentado na Figura 1.

As variáveis descritivas basais do cuidado, dos cuidadores, dos sobreviventes de AVC e dos desfechos primário (sobrecarga do cuidador) e secundário (estresse do cuidador e grau de independência do sobrevivente de AVC) nos Grupos Intervenção e Controle foram testadas quanto à homogeneidade, sendo ambos os grupos estatisticamente semelhantes. A maioria dos cuidadores do estudo era composta por mulheres com companheiro, com baixa renda financeira e desempregadas. Mais da metade residia na mesma casa que os sobreviventes de AVC, era seus filhos ou seus cônjuges e cuidava deles por várias horas no dia, independentemente do sexo do sobrevivente de AVC. Apesar da homogeneidade das

amostras, o GI apresenta maiores mediana de idade, nível de instrução e apoio familiar, além de ter sobreviventes de AVC com maior grau de comprometimento funcional (tabela 1).

No que se refere à adesão dos cuidadores familiares ao protocolo deste estudo, destaca-se que todos realizaram exames laboratoriais. Para o GI, a quantidade de sessões das quais os cuidadores participaram variou de 4 (n=3) a 6 ou mais (n=13); destes, apenas 7 pessoas aceitaram o pagamento do transporte para o componente grupal do programa de apoio. Dos 10 cuidadores que requereram o atendimento psicológico, 3 compareceram e realizaram de 1 a 4 sessões, sendo a ausência justificada pela dificuldade de contato telefônico (n=06) e pelo sentimento de maior bem-estar após as reuniões grupais (n=01). Dos 12 cuidadores avaliados para realizar a fisioterapia, 8 pessoas estiveram presentes no tratamento, que teve entre 6 a 10 sessões, sendo as faltas explicadas por: aumento dos níveis pressóricos (n=1) e falta de apoio familiar nos dias e horários agendados (n=3) — dados não registrados em tabela.

As medianas de sobrecarga, estresse e grau de independência não foram significativamente diferentes ( $p>0,05$ ) nos Grupos Controle e Intervenção em nenhum dos três momentos. Por outro lado, os momentos avaliados diferiram entre si de forma significativa em duas variáveis do cuidador estudadas no GI.

Na variável sobrecarga do cuidador, evidenciou-se uma redução da mediana entre os momentos, oscilando de 33,50, em T0, a 25,00, em T2. Na variável estresse do cuidador, também houve uma diminuição da mediana entre os momentos, com principal oscilação de 29,00, em T0, a 15,50, em T2. De forma contrária, o grau de independência do sobrevivente de AVC não apresentou diferença entre os momentos, mantendo mediana constante de 4,00. Os resultados apontam ainda um tamanho de efeito moderado sobre as variáveis desfechos do cuidador, o que demonstra a efetividade do programa de apoio no decorrer do tempo

proposto, uma vez que o Grupo Intervenção apresentou diferença ao longo do tempo, o que não foi visto no Grupo Controle. Esses dados são apresentados na Tabela 2.

## **DISCUSSÃO**

Considerando o tamanho de efeito médio encontrado neste estudo, os resultados indicam que um programa de apoio centrado nos cuidadores pode reduzir a sobrecarga e o estresse provenientes do cuidado. Porém, ainda não consegue melhorar a independência do sobrevivente de AVC na fase crônica ao longo do tempo.

A maioria de outros programas ou intervenções multicomponentes que forneceu apoio social a cuidadores familiares ocorreu durante a fase aguda do AVC, pois esse período é marcado pelo ápice da sobrecarga e do estresse provenientes do cuidado. Para os referidos estudos, a principal modalidade utilizada foi a (psico)educacional, por meio da instrumentalização individual dada ao cuidador sobre as práticas de cuidado e a resolução de problemas. Entretanto, tais estudos apresentaram resultados divergentes, com a redução significativa ou não da sobrecarga e do estresse do cuidador no Grupo Intervenção (Hekmatpou, Baghban, & Dehkordi, 2019; Cheng et al., 2018), o que sugere a importância da implementação e da avaliação desses programas ao longo do tempo.

Por outro lado, programas multicomponentes realizados na fase crônica do AVC, com a modalidade grupal vinculada às medidas educativas e à aquisição de habilidades, mostraram redução significativa da sobrecarga e do estresse nos cuidadores no único grupo avaliado. Os principais efeitos para os participantes foram: melhor apoio entre os cuidadores, maior autoconfiança e autocuidado, aumento da habilidade de enfrentamento dos problemas e gerenciamento de sentimentos negativos, incentivo ao uso dos recursos comunitários e à aplicação do conhecimento sobre as técnicas de cuidado (Christensen et al., 2019; Mores et al., 2018), e redução da ansiedade e depressão (Ward et al., 2016).

Diferentemente dos referidos estudos, desenvolvidos na fase crônica do AVC, este programa de apoio utilizou dois grupos (intervenção e controle). Isso reforça o maior efeito da estratégia grupal na redução da sobrecarga e do estresse dos cuidadores durante o cuidado em domicílio, especialmente nos aspectos psicossociais.

Geralmente, a convivência em grupo desperta a percepção de não estar só e a compreensão da necessidade de cuidar de si, sem culpar-se por isso. Este apoio social favorece ainda o relaxamento e o entretenimento, além de contribuir para um comportamento saudável (Kuiper et al., 2015), principalmente quando os cuidadores podem compartilhar as situações-problema com seus pares e obter conhecimento de experiências exitosas.

Saber que outras pessoas conseguiram modificar seu cotidiano de cuidado pode impulsionar os cuidadores a desenvolverem sua autonomia para a aquisição de um novo olhar sobre o cuidado do outro e de si, o que conduz a uma libertação de seu sofrimento e de suas angústias. Como resultado, podem apresentar redução do estresse e da sobrecarga.

O tempo de duração da intervenção deste estudo equivale à recomendação da literatura, entre cinco e nove sessões. Além disso, foram incorporadas as necessidades individuais dos cuidadores, o que se difere da maioria das pesquisas já publicadas. Todavia, focar esta intervenção no cuidador pode ter pouca influência na melhora dos resultados dos sobreviventes de AVC (Bakas et al., 2017), o que também foi evidenciado neste estudo.

Semelhantemente ao observado neste programa de apoio, uma intervenção centrada na família que usou um serviço de mensagens curtas e ligações por telefone celular durante oito semanas, com o objetivo de melhorar as atividades básicas cotidianas do sobrevivente de AVC, não conseguiu aumentar a independência dos participantes na fase crônica do AVC (Kamwesiga et al., 2018). É provável que o foco de nossa proposta em suprir apenas as necessidades não atendidas dos cuidadores tenha influenciado esse resultado. Os sobreviventes de AVC também podem ter alcançado o ápice de sua recuperação motora

anteriormente ao estudo, o que costuma ocorrer nas primeiras 10 semanas pós-AVC (Kwakkel & Kollen, 2013). Além disso, não foi verificado, nesta pesquisa, como os cuidadores familiares estimulavam a mobilidade e a independência dos sobreviventes de AVC em domicílio durante as práticas de cuidado cotidianas.

Estudos observacionais já demonstraram que a maior parte da recuperação das funções motoras ocorre até o sexto mês pós-AVC. Depois desse período, a funcionalidade pode diminuir (Campos et al., 2017), aumentar (Ullberg, Zia, Petersson, & Norrving, 2015), oscilar (Rejnö, Nasic, Bjälkefur, Bertholds, & Jood, 2019) ou estabilizar-se na fase crônica (Kwakkel & Kollen, 2013), o que se assemelhou ao presente estudo. Alguns fatores podem interferir nessa dependência, como o uso precoce de terapia antitrombótica, o tipo de AVC, (Campos et al., 2017), AVC prévio (Ullberg et al., 2015) ou recorrente, a recuperação neurológica espontânea (Kwakkel & Kollen, 2013), a gravidade do AVC na admissão hospitalar e maior idade dos sobreviventes de AVC (Rejnö et al., 2019).

Os participantes do GC também mantiveram a dependência dos sobreviventes de AVC e reduziram a sobrecarga e o estresse dos cuidadores, embora os resultados não tenham sido significativos. A realização dos exames laboratoriais e o encaminhamento para as unidades de saúde podem ter influenciado os cuidadores do GC na mudança do estilo de vida, na maior preocupação com a saúde e na busca de suporte assistencial, o que pode ter modificado os resultados deste estudo.

Os dados gerais desta pesquisa apontam que há necessidade de intervenção contínua aos cuidadores e a seus familiares sobreviventes de AVC para que haja melhora da saúde e do bem-estar do binômio (cuidador e sobrevivente de AVC) ao longo do tempo. Essas intervenções podem ser coordenadas preferencialmente pelos enfermeiros em seus espaços de trabalho, adaptando-as às necessidades dos cuidadores e dos pacientes durante as estratégias

educacionais individuais em domicílio (Landeiro, Martins, & Peres, 2016) ou na formação de grupos de apoio com tecnologia leve e de baixo custo financeiro.

As variáveis *desfechos* analisadas neste estudo são multifatoriais. Desse modo, se outras intervenções forem somadas a este programa de apoio, podem resultar em um efeito positivo ainda maior para os participantes.

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Em estudos de intervenção nem sempre é possível cegar pesquisadores e participantes, devido à interação entre eles, o que pode gerar algum viés de resultado. Contudo, para reduzir esse risco, houve o cegamento do avaliador e do coletor de dados e o uso de um Grupo Controle, conforme recomendação da declaração *TREND*. Devido ao pequeno tamanho da amostra e ao desenho do estudo, os achados não podem ser generalizados para outros grupos. Portanto, em pesquisas futuras, uma amostra maior, selecionada por randomização, pode fornecer conclusões mais sólidas sobre o efeito da intervenção, especialmente analisando sua sustentabilidade no tempo.

### **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Recomenda-se que os enfermeiros usem intervenções multicomponentes centradas no cuidador, como um programa de apoio, para reduzir a sobrecarga e o estresse provenientes do cuidado, especialmente nas UBS e em ambientes de reabilitação ambulatorial, enquanto os sobreviventes de AVC recebem tratamento. Contudo, para que os sobreviventes de AVC também compartilhem dos efeitos positivos deste programa, é recomendado que ele se inicie precocemente, por exemplo, no período de transição da alta hospitalar para o domicílio, com ações específicas direcionadas a suas necessidades e prioridades.

**CONFLITOS DE INTERESSES:** Os autores declaram que não há conflito de interesse.

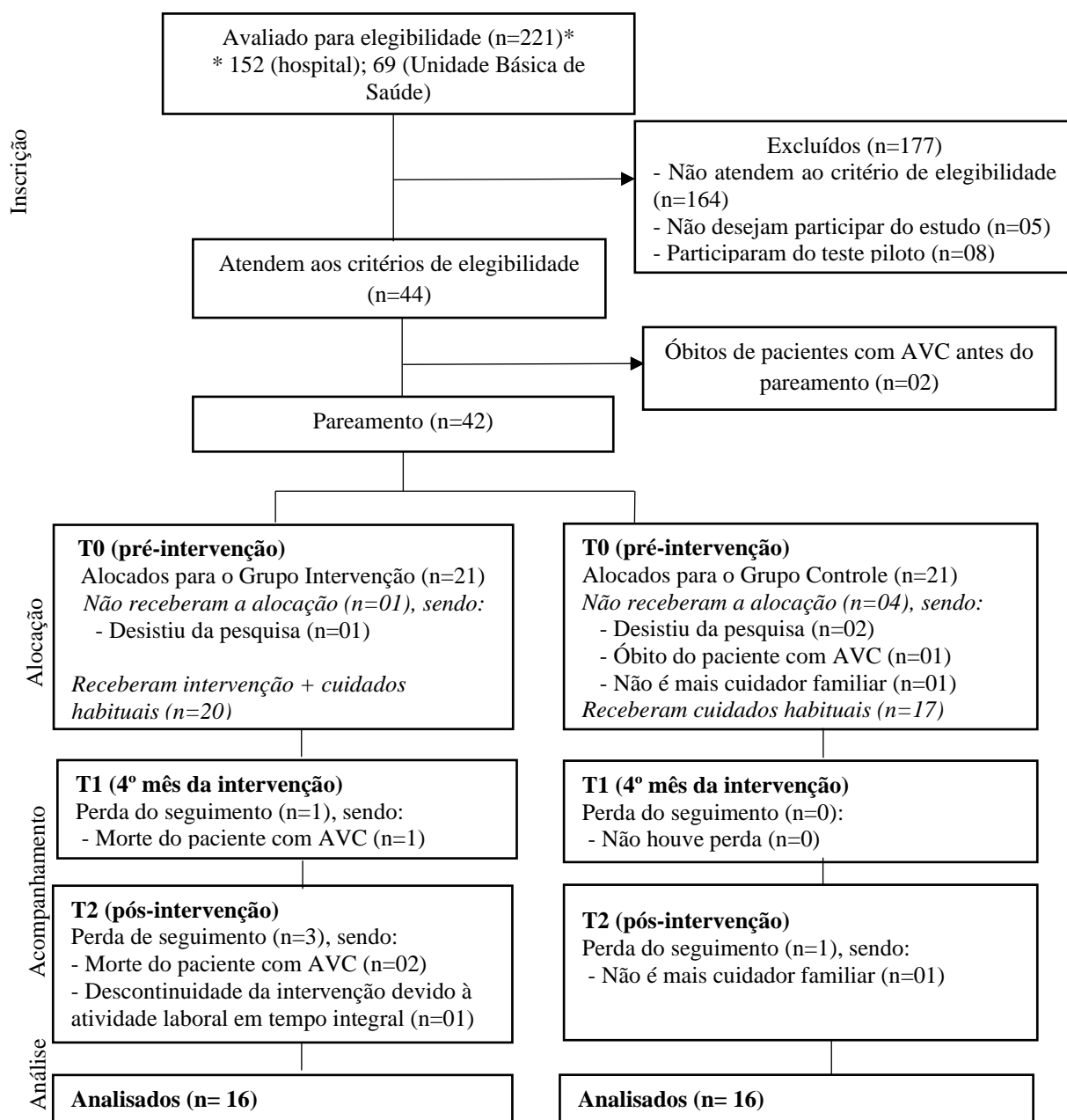


Figura 1. Diagrama de fluxo dos participantes do estudo

Tabela 1. Variáveis descritivas do cuidado, dos cuidadores e dos sobreviventes ao AVC, e desfechos primário e secundários, com equivalência entre os Grupos Intervenção e Controle

Variáveis	Grupo Intervenção (n=20)	Grupo Controle (n=17)	P valor
<b>Cuidador familiar</b>			
<i>Idade em anos</i> <sup>a</sup>	51,50 (36,25 – 62,72)	46,00 (35,00 – 65,50)	0,156
<i>Sexo</i> <sup>b</sup>			
Feminino	19 (95,0%)	15 (88,2%)	0,452
Masculino	1 (5,0%)	2 (11,8%)	
<i>Situação conjugal</i> <sup>b</sup>			
Sem companheiro/a	5 (25,0%)	6 (35,3%)	0,171
Com companheiro/a	15 (75,0%)	11 (64,7%)	
<i>Renda</i> <sup>b</sup> (salário mínimo <sup>c</sup> )			
Menor que um	15 (75,0%)	10 (58,8%)	0,295
Maior ou igual a um	5 (25,0%)	7 (41,2%)	
<i>Atividade laboral (Ocupação)</i> <sup>b</sup>			
Trabalha fora de casa	3 (15,0%)	4 (23,5%)	
Desempregado/a	6 (30,0%)	5 (29,4%)	0,803
Aposentado/a	3 (15,0%)	4 (23,5%)	
Dona de casa	5 (25,0%)	2 (11,8%)	
Outro	3 (15,0%)	2 (11,8%)	
<i>Escolaridade (anos de estudo)</i> <sup>b</sup>			
Menor que 1 ano	3 (15,0%)	2 (11,8%)	
1 a 5 anos	3 (15,0%)	8 (47,1%)	
5 a 9 anos	1 (5,0%)	3 (17,6%)	0,085
10 a 12 anos	11 (55,0%)	3 (17,6%)	
Maior que 12 anos	2 (10,0%)	1 (5,9%)	
<i>Grau de parentesco</i> <sup>b</sup>			
Filho/a	11 (55,0%)	5 (29,4%)	
Cônjuge	8 (40,0%)	7 (41,2%)	0,149
Irmão/ã	0 (0,0%)	1 (5,8%)	
Pai/mãe	0 (0,0%)	2 (11,8%)	
Outro	1 (5,0%)	2 (11,8%)	
<b>Cuidado</b>			
Reside com o sobrevivente de AVC <sup>b</sup>			
Sim	18 (90,0%)	16 (94,1%)	0,647
Não	2 (10,0%)	1 (5,9%)	
Tempo de cuidado (meses) <sup>a</sup>	13,00 (6,00 – 22,50)	14,00 (7,00 – 32,00)	0,238
Horas de cuidado por semana <sup>a</sup>	14,50 (8,75 – 11,00)	14,00 (11,00 – 19,00)	0,996
<i>Apoio familiar</i> <sup>b</sup>			
Sim	13 (65,0%)	7 (41,2%)	0,147
Não	7 (35,0%)	10 (58,8%)	
<b>Sobrevivente de AVC</b>			
<i>Idade em anos</i> <sup>a</sup>	77,50 (63,00 – 85,00)	66,00 (53,00 – 81,50)	0,156
<i>Sexo</i> <sup>b</sup>			
Feminino	9 (45,0%)	7 (41,2%)	0,815
Masculino	11 (55,0%)	10 (58,8%)	
<b>Medidas dos desfechos</b>			
<i>Sobrecarga do cuidador</i> <sup>a</sup>	31,50 (18,50 – 43,00)	25,00 (15,60 – 38,50)	0,776
<i>Estresse do cuidador</i> <sup>a</sup>	27,00 (18,00 – 31,75)	24,00 (15,50 – 33,50)	0,714
<i>Grau de independência</i> <sup>a</sup>	4,00 (2,50 – 5,00)	3,00 (3,00 – 5,00)	0,505

<sup>a</sup>= mediana e Intervalo Interquartil; <sup>b</sup>= número e porcentagem; <sup>c</sup>salário mínimo (R\$ 937,00 reais).

Tabela 2. Comparação entre os escores dos desfechos primário e secundários nos Grupos Intervenção (n=16) e Controle (n=16) nos momentos pré-intervenção, durante a intervenção e pós-intervenção.

Variáveis desfechos	T0 (pré-intervenção) <sup>b</sup> Mediana; IQ <sup>a</sup>	T1 (4º mês da intervenção) <sup>c</sup> Mediana; IQ <sup>a</sup>	T2 (pós- intervenção) <sup>d</sup> Mediana; IQ <sup>a</sup>	P valor	Effect size
<b>Sobrecarga do cuidador</b>					
GI	33,50 (18,50 – 44,50)	25,50 (15,00 – 37,75)	25,00 (16,25 – 31,50) <sup>2</sup>	0,039*	<b>0.45</b>
GC	34,00 (25,25 – 39,25)	28,00 (17,50 – 35,50)	28,00 (23,00 – 42,75)	0,444	0.23
<b>Estresse do cuidador</b>					
GI	29,00 (18,00 – 33,50)	22,00 (12,50 – 29,75) <sup>1</sup>	15,50 (10,0 – 29,25) <sup>2</sup>	0,009*	<b>0.54</b>
GC	24,50 (17,50 – 33,75)	20,50 (16,25 – 26,75)	22,00 (13,00 – 27,00)	0,167	0.33
<b>Katz</b>					
GI	4,00 (2,25 – 4,75)	4,00 (1,25 – 5,00)	4,00 (0,25 – 5,00)	0,542	0.20
GC	3,00 (2,25 – 5,00)	4,00 (3,00 – 5,00)	4,00 (2,25 – 5,00)	0,584	0.18

<sup>a</sup>IQ = Intervalo Interquartil; <sup>b</sup>=antes da intervenção; <sup>c</sup>=durante intervenção (4º mês); <sup>d</sup>=pós-intervenção;

<sup>e</sup>Katz=grau de independência do sobrevivente de AVC <sup>1</sup>=T1 é diferente de T0; <sup>2</sup>=T2 é diferente de T0; \*=p<0,05.