

5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, define que o Enfermeiro especialista “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p: 4749) ou seja “alicerça os processo de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (OE, 2019, p: 4749)

As revisões sistemáticas de literatura (RSL) “visam fornecer uma síntese abrangente e imparcial de muitos estudos relevantes num único documento, usando métodos rigorosos e transparentes. Uma RSL visa sintetizar e resumir o conhecimento existente, tentando descobrir todas as evidências relevantes para uma pergunta.” (Aromataris & Munn, 2020, p: 15)

Como tal, uma RSL é uma forma de obtenção de evidência científica, a partir da qual podemos e devemos basear os cuidados de Enfermagem que prestamos. Para o desenvolvimento do presente trabalho de investigação optei então por fazer uma revisão sistemática de literatura e, neste caso específico, uma revisão de evidência de eficácia, com o título “Prevenção da sobrecarga do cuidador de sobrevivente de AVC: intervenções de Enfermagem.” As RSL com foco em evidências de eficácia pretendem descobrir até que ponto uma intervenção, quando usada adequadamente, atinge o efeito pretendido. Desta forma, a minha revisão pretende saber quais as intervenções do Enfermeiro de Família mais eficazes para a prevenção da sobrecarga do cuidador informal do sobrevivente de acidente vascular cerebral.

Neste capítulo, começo com o resumo da RSL e continuo com o enquadramento teórico sobre AVC, dependência dos sobreviventes, cuidadores informais e sua sobrecarga. Depois apresento a metodologia utilizada na definição das estratégias de pesquisa e seleção dos artigos científicos, uma análise dos artigos selecionados e discussão dos estudos apresentados nesses artigos e termino com algumas conclusões e, conseqüentemente, implicações dos conhecimentos obtidos para a prática clínica de Enfermagem.

5.1. PREVENÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DO UTENTE DEPENDENTE APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

5.1.1 Resumo

OBJETIVO: Identificar quais as intervenções do Enfermeiro em cuidados de saúde primários mais eficazes na prevenção da sobrecarga do cuidador informal do utente dependente após um acidente vascular cerebral. **ANTECEDENTES:** Existem diversos estudos que caracterizam o perfil do cuidador informal e identificam fatores de risco para o aparecimento da sobrecarga, mas que não medem a eficácia de intervenções de enfermagem concretas, que é o que se pretende neste estudo. **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Todos os artigos escritos em Português, Inglês ou Espanhol, de acesso livre e que digam respeito a estudos de natureza experimental ou observacional, com cuidadores informais de utentes adultos ou idosos, dependentes após acidente vascular cerebral. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, de evidência de eficácia, com recurso à mnemónica PICO. Foram consultados diversos motores de busca como a PubMed, B-On, EBSCO, Scielo e RCAAP. Os artigos foram pesquisados entre outubro de 2021 e janeiro de 2022 tendo sido obtidos uma totalidade de 79 artigos. Cada artigo foi analisado de acordo com o diagrama PRISMA, segundo os critérios de inclusão e exclusão definidos. **RESULTADOS:** Foram selecionados 3 artigos pertinentes para alcançar o objetivo da revisão sistemática da literatura. O primeiro artigo refere um estudo quase-experimental, com 37 participantes divididos em grupo de controlo e grupo de intervenção, em que o grupo de intervenção foi sujeito a 8 sessões de formação após a alta hospitalar do utente e evidenciou que a intervenção de apoio foi efetiva na redução da sobrecarga dos cuidadores; o segundo artigo refere um estudo experimental controlado e randomizado com 44 participantes, divididos em grupo de controlo e grupo de intervenção, em que este praticou exercícios de relaxamento muscular progressivo, 3 dias por semana durante 8 semanas. Os valores obtidos entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção não foram estatisticamente significativos, mas dentro do grupo de controlo, os níveis de sobrecarga do cuidador diminuíram após o programa de exercícios de relaxamento. O terceiro artigo refere um estudo experimental, com 116 participantes, divididos em grupo de controlo e grupo de intervenção. Os cuidadores do grupo de intervenção tiveram acesso a um programa educacional, com 8 sessões de formação, 2 antes da alta hospitalar e as restantes no domicílio. Este estudo evidenciou que no grupo de controlo a sobrecarga do cuidador aumentou

significativamente após a alta do utente, o que não aconteceu no grupo de intervenção.

CONCLUSÃO: apesar de todos os estudos referirem que uma das suas limitações é o tamanho da amostra ou a sua não randomização, que obriga a cuidados redobrados na sua generalização, pode concluir-se que os cuidadores informais que participem em programas de apoio educativo no domicílio, com sessões de esclarecimento sobre os cuidados a prestar ao utente dependente se sentem mais capazes, mais confiantes e, por isso, com menores valores de sobrecarga. Os Enfermeiros de família devem, portanto, definir estratégias para que a literacia dos cuidadores informais seja aumentada, quando os utentes dependentes têm alta hospitalar.

5.2.2 Enquadramento teórico

Segundo a Base de Dados Portugal Contemporâneo (2021), em 2020 o número de idosos em Portugal correspondia a 22,3 % da população total residente, traduzindo-se num aumento de 3,8 % em apenas 10 anos. (PORDATA, 2021) Nos últimos dez anos, a esperança de vida aos 65 anos aumentou 1,02 anos para os homens e 1,08 anos para as mulheres. (Instituto Nacional de Estatística, 2021) O índice de envelhecimento foi de 165,1 %, ou seja, por cada 100 residentes com menos de 15 anos existem 165,1 residentes com 65 ou mais anos. A taxa de natalidade foi de 8,2 ‰ e a taxa bruta de mortalidade foi de 12‰. O índice de dependência dos idosos, que mede a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, situa-se nos 34,7 %, em comparação com os 27,9 % em 2010. (PORDATA, 2021)

A melhoria das condições socioeconómicas e os avanços técnicos e científicos em todas as áreas da medicina contribuem para um aumento da esperança média de vida, o que leva ao aumento do número de idosos. A par de uma diminuição da mortalidade, por um lado, e da natalidade, por outro, temos na população europeia e na portuguesa em particular, um envelhecimento acentuado, que obriga a alterações na organização dos serviços de saúde e nos sistemas de apoio social.

Com o envelhecimento da população, a probabilidade de ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) vai aumentando. Claro que este tipo de acidentes não ocorre apenas na população idosa. Afeta cada vez mais indivíduos na idade adulta, mas é inegável que o envelhecimento acarreta um maior risco de sofrer um AVC.

Os acidentes vasculares cerebrais são um grupo de distúrbios que envolvem interrupção focal e súbita do fluxo sanguíneo encefálico, que causa défices neurológicos, com graves consequências. Os acidentes vasculares encefálicos podem ser isquémicos (80%), tipicamente resultantes de trombose ou embolia, ou hemorrágicos (20%), resultante de rutura vascular (Chong, 2020). O AVC é atualmente a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal (Fonseca, 2021).

De acordo com Fonseca (2021), entre os sintomas mais frequentes salienta-se um conjunto de manifestações comumente conhecido pelos “5 F’s”: a Face descaída, a diminuição da Força num braço (acompanhada ou não de diminuição de força na perna), a dificuldade na Fala (dificuldade na articulação do discurso ou discurso sem sentido), a Falta ou alteração súbita de visão, e a Forte dor de cabeça, diferente do habitual. Desta forma, segundo a mesma autora, as consequências do AVC podem ser diversas: dificuldade na mobilização de um membro, alteração de linguagem com dificuldade de expressão ou de compreensão, alteração da visão, alteração da deglutição, alteração do equilíbrio ou alteração da sensibilidade. Cerca de um terço dos sobreviventes de AVC podem ficar com défice cognitivo e muitos com dor crónica.

Consoante a extensão das lesões cerebrais, a precocidade do tratamento e a reabilitação existente, o indivíduo que sofre um AVC pode ficar com mais ou menos sequelas, com maior ou menor potencial de reabilitação. De qualquer das formas, existem sempre alterações funcionais, cognitivas e psicossociais associadas ao episódio de AVC. Em muitos casos, infelizmente, as sequelas são graves e permanentes, que levam a uma completa dependência crónica de terceiros para o auto-cuidado.

Dorothea Orem no seu primeiro livro, de 1971, como já referi no capítulo 3 deste trabalho, já definiu o auto-cuidado e a sua teoria de défice do auto-cuidado, muito associada ao envelhecimento e à dependência crónica. Segundo esta autora, citada por Taylor (2004, p. 218),

“o auto-cuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a executa por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (...). O auto-cuidado tem de ser aprendido e executado deliberadamente

e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos. Estas condições estão associadas aos seus estádios de crescimento e desenvolvimento, estados de saúde, características específicas de saúde ou de estados de desenvolvimento, níveis de consumo de energia e fatores ambientais.”

Quando existem alterações e limitações dessas condições, as pessoas ficam “completa ou parcialmente incapazes de saber as condições existentes ou emergentes para o cuidado regulador de si próprias ou dos seus dependentes.” Taylor (2004, p. 217) Surge assim o défice de auto-cuidado, que exige a intervenção de terceiros.

Usando referências mais atuais, no decreto-lei 101/2006 de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pode ler-se que a doença crónica é a

“doença de curso prologado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica e anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada.” (Ministério da Saúde, 2006, p. 3857)

A dependência, de acordo com o mesmo decreto-lei, é

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.” (Ministério da Saúde, 2006, p. 3857)

O conceito está, assim, relacionado com a incapacidade de o indivíduo alcançar um nível de satisfação aceitável das suas necessidades humanas básicas, mesmo com a utilização de

ajudas técnicas. Depende, subsequentemente, da ajuda de terceiros para sobreviver. (Sequeira, 2010b as cited in Veiga, 2016)

É nesta fase que, por norma, a família é chamada a intervir e colaborar, surgindo a figura do cuidador informal.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), família é definida como uma unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais. Essa unidade é considerada como um sistema que é maior do que a soma das suas partes. A família engloba todos os grupos cujas relações assentam na confiança, no apoio mútuo e num projeto e destino comuns (Araújo e Santos, 2012). Segundo os mesmo autores

“uma família saudável promove o crescimento dos seus membros e mantém a coesão, prioriza as necessidades básicas, reconhece, valoriza e concilia as diferenças, apresenta flexibilidade para mudanças e, quando enfrenta uma crise, consegue funcionar adaptando-se à nova realidade. (...). É na família que se aprende o autocuidado, adquire-se comportamentos de bem-estar, prestam-se cuidados a diferentes membros ao longo do seu desenvolvimento e durante as diferentes transições do ciclo vital.” (Araújo & Santos, 2012, p. 96)

Atualmente a família surge como provedora de saúde, adquirindo cada vez maior importância na prestação de cuidados aos idosos, normalmente na figura do cuidador informal. O cuidado informal é aquele que é prestado a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem (Lage, 2005, as cited in Custódio, 2011). O cuidador informal é habitualmente um familiar ou alguém muito próximo da pessoa dependente, intrinsecamente ligado à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais. Normalmente os amigos e vizinhos assumem essa responsabilidade apenas em situações pontuais, quando não há disponibilidade de o familiar assumir o papel de cuidador. (Oliveira, 2009, as cited in Serra & Gemitto, 2013)

Em 2019, através da Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal, que vem reforçar a importância do cuidador informal na prestação de cuidados aos indivíduos dependentes, regulando os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelecendo as respetivas medidas de apoio. Segundo a Lei,

“considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau de linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.” (Assembleia da República, 2019, p. 9)

Define ainda a figura do cuidador informal não principal que é

“o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.” (Assembleia da República, 2019, p. 9)

O cuidador informal principal é o que assume a maior responsabilidade do cuidado, é ele que realiza a maior parte dos cuidados e supervisiona e orienta aqueles que não sejam prestados por si.

A transição para o papel de cuidador informal constitui um processo complexo, interativo e que acarreta diferentes variáveis, sendo que nessa equação entram valores preditivos diferentes, como o cuidador, a pessoa cuidada e o contexto dos cuidados. (Sequeira, 2010b, as cited in Veiga, 2016) A transição é gerada, por norma, a partir de um evento súbito que altera a realidade até então vivenciada. O tempo que a pessoa tem para decidir e ponderar sobre o significado de ser cuidador informal é limitado e existe muitas vezes uma sensação de urgência na decisão. (Pereira, 2011 as cited in Veiga, 2016) Como refere Custódio (2011) alguns estudos defendem que o estado civil, a cultura e o estatuto profissional dos potenciais cuidadores influenciam a definição do papel do prestador de cuidados. Sequeira (2007) (as cited in Veiga 2016, p. 3) afirma que “o tipo de necessidade de cuidados e a gravidade da

situação clínica vão determinar a frequência e a intensidade dos cuidados a prestar e, conseqüentemente, ter influência na adopção do papel de cuidador.” Martín (2005), as cited in Veiga, 2016) afirma ainda que os fatores determinantes na escolha do cuidador informal são a relação familiar, a comunhão de residência, o género do cuidador e da pessoa cuidada e as condicionantes respeitantes aos descendentes.

Figueiredo (2012, p. 93) acrescenta que

“O papel de prestador de cuidados corresponde ao padrão interaccional estabelecido na família que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no autocuidado, por razões que emergem de situação de doença. O apoio manifesta-se por comportamentos normativos, regulados pelos valores e expectativas do sistema familiar em interação com os valores da sociedade acerca de como a família deve agir quando um dos seus membros se encontra dependente e como deve ser exercido o papel de prestador de cuidados.”

A prestação informal de cuidados pode ter aspetos positivos e satisfatórios ou, pelo contrário, ter um impacto negativo nos envolvidos.

Como aspetos positivos, os diferentes autores referem o reconhecimento social e familiar, a satisfação pessoal cimentada pela realização pessoal, o bem-estar e a dignidade da pessoa cuidada (Almeida, Gonçalves & Antunes, 2015). O cuidador é orientado por motivações de natureza cultural e por valores intrínsecos, como sentir-se na obrigação de cuidar, e valores como a solidariedade, a reciprocidade de cuidados, o afeto e a vontade de evitar uma institucionalização (Pego, 2013, as cited in Veiga, 2016).

Por outro lado, cuidar de uma pessoa dependente, em ambiente familiar, traduz-se numa tarefa difícil e as repercussões associadas ao cuidado informal podem ter um impacto negativo no cuidador e, conseqüentemente, na pessoa cuidada. Falamos, então, em sobrecarga do cuidador. De acordo com Sequeira (2010, p.10), a sobrecarga do cuidador é “o conjunto das conseqüências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente (...). (...) está associada a uma deterioração da qualidade de vida do cuidador e a uma maior morbilidade (...).”

Kinsella (1998) (as cited in Almeida, Gonçalves e Antunes, 2015) refere que a sobrecarga pode ser dividida em física, emocional e socioeconómica. A sobrecarga física deve-se a prestação direta dos cuidados à pessoa cuidada, como higiene, alimentação e mobilização e dependem do grau de dependência da pessoa cuidada. O cuidador pode sofrer, por exemplo, de lombalgias, tendinites, cefaleias, hipertensão arterial, problemas de sono. A sobrecarga emocional está relacionada com quadros de ansiedade, depressão, sensação de falta de apoio formal ou informal ou situações de conflito de papéis e noção de incapacidade para a prestação de cuidados. Estas alterações têm ainda maior impacto quando o próprio cuidador informal é o cônjuge, já ele também idoso e com morbilidades associadas, que é o que acontece em grande parte das situações de dependência. Garcia (2010) (as cited in Veiga, 2016) afirma que relativamente aos custos económicos, as famílias têm de redistribuir os recursos económicos, para adaptação da habitação, compra de ajudas técnicas e pode mesmo haver a necessidade de uma situação de desemprego, por tempo indeterminado. Aumentam as despesas e diminuem as receitas. A nível social, ocorre um comprometimento das atividades sociais, principalmente as de lazer. O tempo livre do cuidador deixa de existir e as suas necessidades passam para segundo plano (Veiga, 2016). A sobrecarga existe em maior ou menor grau dependendo das características intrapessoais de cada cuidador e do grau de dificuldade dos cuidados a prestar, mas é certo que existe e que deve ser valorizada pelas redes de suporte e apoio formais.

Uma das escalas de avaliação da sobrecarga do cuidador mais utilizada internacionalmente é a Escala da Zarit, adaptada e validada para Portugal, pelo Professor Doutor Carlos Sequeira, em 2010. Esta escala avalia quatro grandes fatores: o impacto da prestação de cuidados (impacto no cuidador, em termos por exemplo, de tempo livre, saúde, limitação social ou perda de controlo), a relação interpessoal (implicações na relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, se existe vergonha, irritação, tensão), expectativas com o cuidar (expectativas do cuidador face ao futuro e à sua capacidade de cuidar) e perceção de autoeficácia (perceção do cuidador face ao desempenho do seu papel) (Sequeira, 2010). O autor sugere a utilização da Escala de Zarit na prática clínica, como instrumento de diagnóstico, para determinar o risco ou a existência de sobrecarga, como instrumento de monitorização e avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais e também na investigação. (Sequeira, 2010)

Pelo explanado anteriormente é fácil perceber que, no contexto sociodemográfico atual, a dependência é uma realidade cada vez mais comum e que o cuidador informal tem cada vez maior visibilidade e importância na prestação de cuidados às pessoas em situação de dependência. Correndo o risco de sofrer várias perturbações a nível físico, emocional, económico e social, é importante que os cuidadores informais se sintam capacitados, informados e apoiados no desempenho deste seu papel. Para tal é importante definir estratégias e intervenções que permitam dar esse apoio aos cuidadores. Neste contexto, o Enfermeiro de Família assume um papel fundamental e primordial, ao ser o elemento das equipas de saúde que mais próximo está das famílias.

Marques (2007), (as cited in Vargas, 2012, p. 26) afirma que

“os cuidados de Enfermagem devem alargar-se aos prestadores informais, devendo os enfermeiros estar atentos às dificuldades e à sobrecarga a que os prestadores estão sujeitos, para evitar que aumento do stress provoque a ruptura na prestação de cuidados e tenha repercussões excessivas na sua saúde física e mental.”

A mesma autora enumera vários estudos em que as principais necessidades identificadas são

“expressar livremente as suas emoções, necessidade de ser compreendido e de ser apoiado pelos profissionais de saúde, necessidade de ser informado de tudo o que possa aliviar a sua ansiedade, necessidade de falar sobre preocupações pessoais, necessidade de falar sobre os próprios sentimentos, incluindo sentimentos negativos, necessidade de estar apoiado e poder exprimir cansaço e tristeza, necessidade de maior diálogo com os profissionais, necessidade de suporte emocional, necessidade de escuta e expressão, necessidade de ventilar os sentimentos, necessidade de intervenções dirigidas à família, entre outras.” (Vargas, 2012, p. 26)

De acordo com Lage (2007) (as cited in Vargas 2012, pp. 26-27),

“a falta de informação e competências do prestador de cuidados, para além de poder agravar as consequências dos cuidados prestados, também lhe aumenta

os níveis de stress. Nesse sentido, desenvolver a competência da família para cuidar pode fazer a diferença na diminuição do risco e ao mesmo tempo aliviando o stress do cuidador, que desempenhará melhor o seu papel se dispuser de conhecimentos e capacidades para gerir as situações.”

As próprias competências específicas do Enfermeiro de Saúde Familiar, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, embora transversais as todas as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro de Família, adquirem uma importância relevante neste contexto de apoio à família e ao cuidador informal. O Enfermeiro “estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas” (OE, 2018, p. 19357), estabelecendo o diálogo, com disponibilidade e reforçando os pontos fortes da família. “Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas” (OE, 2018, p. 19357), reconhecendo que existem variados fatores que influenciam a resposta da família à situação de transição para a dependência, e que cada família é única e irrepetível no que diz respeito à sua adaptação à situação. “Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas” (OE, 2018, p.19357), numa parceria colaborativa com a família, em que definem juntos objetivos de saúde e um plano de cuidados, promovendo ambientes seguros e saudáveis e capacitando a família para se sentir motivada e capaz de prestar os melhores cuidados ao familiar dependente. Assim, o Enfermeiro “facilita a resposta da família em situações de transição complexa”, envolvendo-se “de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.” (OE, 2018, p.19357).

Tendo, então, em conta a importância do papel do Enfermeiro junto das famílias cuidadoras, o presente estudo pretende fazer uma pesquisa, em artigos científicos de várias bases de dados e verificar quais são as intervenções de enfermagem mais eficazes para a prevenção da sobrecarga do cuidador informal.

5.1.3 Metodologia e resultados obtidos

O título desta Revisão Sistemática de Literatura é “Prevenção da sobrecarga do cuidador informal do utente dependente após AVC: intervenções de Enfermagem.”

A questão de investigação à qual pretendo responder é: Quais são as intervenções utilizadas pelos enfermeiros de família, em cuidados de saúde primários, para a prevenção da sobrecarga do cuidador informal do utente dependente após AVC?

O principal objetivo desta RSL é determinar quais as intervenções utilizadas pelos Enfermeiros de Família, no âmbito dos cuidados de saúde primários, em contexto de visita domiciliária ou não, para a prevenção da sobrecarga do cuidador informal, do utente adulto ou idoso que ficou dependente após sofrer um AVC.

Como objetivos secundários desta RSL defini: a obtenção de novos conhecimentos científicos sobre a temática escolhida e sua integração na prática de Enfermagem e a melhoria da prática do Enfermeiro de Família, com base na evidência científica pesquisada.

A RSL é uma revisão de evidência de eficácia, pois pretende identificar a eficácia de determinadas intervenções de Enfermagem na prevenção de sobrecarga do cuidador informal. A mnemónica utilizada foi a PICO, traduzindo População ou Participantes, Intervenção ou Interesse, Comparação e Resultado (ou outcome). No quadro 1 encontra-se detalhada a mnemónica utilizada.

Quadro 1 – Mnemónica PICO

P	Participantes	Enfermeiros de Família de Cuidados de Saúde Primários
I	Intervenções/Interesse	Intervenções dos enfermeiros na prevenção da sobrecarga do cuidador informal
C	Comparações	Entre grupo de controlo (sem intervenções) e grupo de intervenção (com intervenções)
O	Outcomes	Eficácia das intervenções dos enfermeiros na prevenção da sobrecarga do cuidador informal

Para definir a estratégia de pesquisa, foi preciso definir as palavras-chave a utilizar na pesquisa de artigos e que correspondessem à questão de investigação. As palavras-chave definidas foram: Sobrecarga do cuidador, Prevenção, Intervenções de Enfermagem, Acidente Vascular Cerebral.

Depois de definidas as palavras-chaves consultei as ferramentas de vocabulário controlado, Medical Subject Headings (Mesh) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), para obter os conceitos para a pesquisa dos artigos, em inglês para o primeiro e em português, de Portugal

e do Brasil para o segundo. Os conceitos definidos estão descritos no quadro 2. Utilizei ainda os motores booleanos “and”, para as diferentes combinações de conceitos para pesquisa.

Quadro 2 – Descritores DeCs, Mesh e Motores Booleanos

Palavras-chave	DeCs	Mesh	Motores Booleanos
Sobrecarga do cuidador	Fardo do Cuidador	Caregiver burden	and
Prevenção	Prevenção	Prevention	and
Intervenções de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Nurs* intervention	and
Acidente Vascular Cerebral	Acidente Vascular Cerebral	Stroke	and

Nota – o * na palavra “nurs” significa que é uma palavra truncada, de forma a fazer pesquisa de todas as palavras começadas por “nurs”.

Para a pesquisa de artigos utilizei as bases de dados disponíveis nos motores de busca EBSCO, a partir do acesso da Ordem dos Enfermeiros, Biblioteca do conhecimento online B-on acedida através do Instituto Politécnico de Leiria, PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) Brasil e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). A pesquisa dos artigos foi feita entre outubro de 2021 e janeiro de 2022, tendo obtido a totalidade de 79 artigos.

Nos diferentes motores de busca utilizados a combinação das palavras-chaves definidas foi diferente, para garantir a obtenção de maior número de artigos. O friso temporal utilizado em cada motor de busca também foi diferente, consoante a disponibilidade de artigos relevantes.

No motor de busca EBSCO selecionei as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e MedicLatina. Na pesquisa inicial selecionei “localizar todos os meus termos de pesquisa” e retirei a seleção de “aplicar assuntos equivalentes”. Para as três bases de dados limitei a pesquisa a artigos com resumo disponível e texto completo em PDF. O friso cronológico utilizado foi de 10 anos (janeiro de 2011 até à data da pesquisa). Foram utilizadas as 4 palavras chaves definidas, na combinação “caregiver burden” and “prevention” and “nurs* intervention” and “stroke”. Foram obtidos 12 artigos.

No motor de busca PubMed, o friso cronológico utilizado foi também de 10 anos, com a mesma combinação das palavras -chave utilizadas na pesquisa da EBSCO. Foram obtidos 19 artigos.

Na Biblioteca online, escolhi a disciplina de “Enfermagem e Medicina auxiliar”, selecionei a opção “localizar todos os termos de pesquisa que indiquei” e retirei a seleção de “aplicar assuntos equivalentes” e de “pesquisar também no texto integral dos artigos”. Limitei a pesquisa a artigos com texto integral e o friso cronológico foi também de 10 anos. Utilizei apenas 3 palavras-chave, na combinação “caregiver burden” and “prevention” and “stroke”. Foram obtidos, neste motor de busca, 10 artigos.

No motor de busca Scielo fiz 4 pesquisas diferentes, sem restrições de friso temporal, para conseguir obter alguns artigos que pudessem ser relevantes. Utilizei 4 combinações de palavras-chave: “sobrecarga do cuidador” and “acidente vascular cerebral”, “sobrecarga do cuidador” and “prevenção”, “caregiver burden” and “stroke” e “nurs* intervention” and “stroke”. Com as diferentes combinações foi possível obter um total de 15 artigos.

Por fim, no RCAAP, o friso temporal definido foi de 5 anos (entre janeiro de 2016 e novembro de 2021), com a combinação de “sobrecarga do cuidador” and “prevenção” and “intervenção de Enfermagem”. No tipo de pesquisa para cada palavra-chave defini “texto integral”. Foi possível obter 23 artigos.

O número de artigos obtidos nas diversas bases de dados, estão explicitados no quadro 3.

Quadro 3 – Artigos pesquisados em cada base de dados
(continua)

Bases de Dados	N.º Artigos
EBSCO	
CINAHL Complete	1
MEDLINE Complete	11
MedicLatina	0
B-ON	
Complementary Index	2
Medline Pubmed	1
Academic Search complete	4
Scopus	1
Supplemental Index	2
Pub Med	
PMC - US National Library of Medicine- National Institutes of Health	7
Elsevier open access	3
Wiley	5

(continuação)

Atypon	3
Outros	1
RCAAP	
Repositório da UTAD	4
Escola Superior de Enfermagem do Porto	8
IC - online	5
DigitUMa – Repositório da Universidade da Madeira	3
Veritari – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa	1
Investigação de Autores não Afiliados	2
Scielo	
	15

Para proceder à seleção dos artigos com interesse para a RSL defini os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:

- ✓ Apenas artigos com texto completo e de acesso livre;
- ✓ Apenas artigos escritos em Português, Inglês ou Espanhol;
- ✓ Artigos que refiram estudos com cuidadores de pessoas dependentes após Acidente Vascular Cerebral;
- ✓ Artigos que refiram estudos com cuidadores de pessoas dependentes após Acidente Vascular Cerebral, adultos ou idosos;
- ✓ Artigos que refiram exclusivamente intervenções do âmbito da Enfermagem;
- ✓ Artigos que refiram apenas os cuidados de saúde primários, no contexto domiciliário ou não;
- ✓ Artigos referentes a estudos de natureza experimental (estudos randomizados controlados, não randomizados ou quase-experimentais) ou observacional.

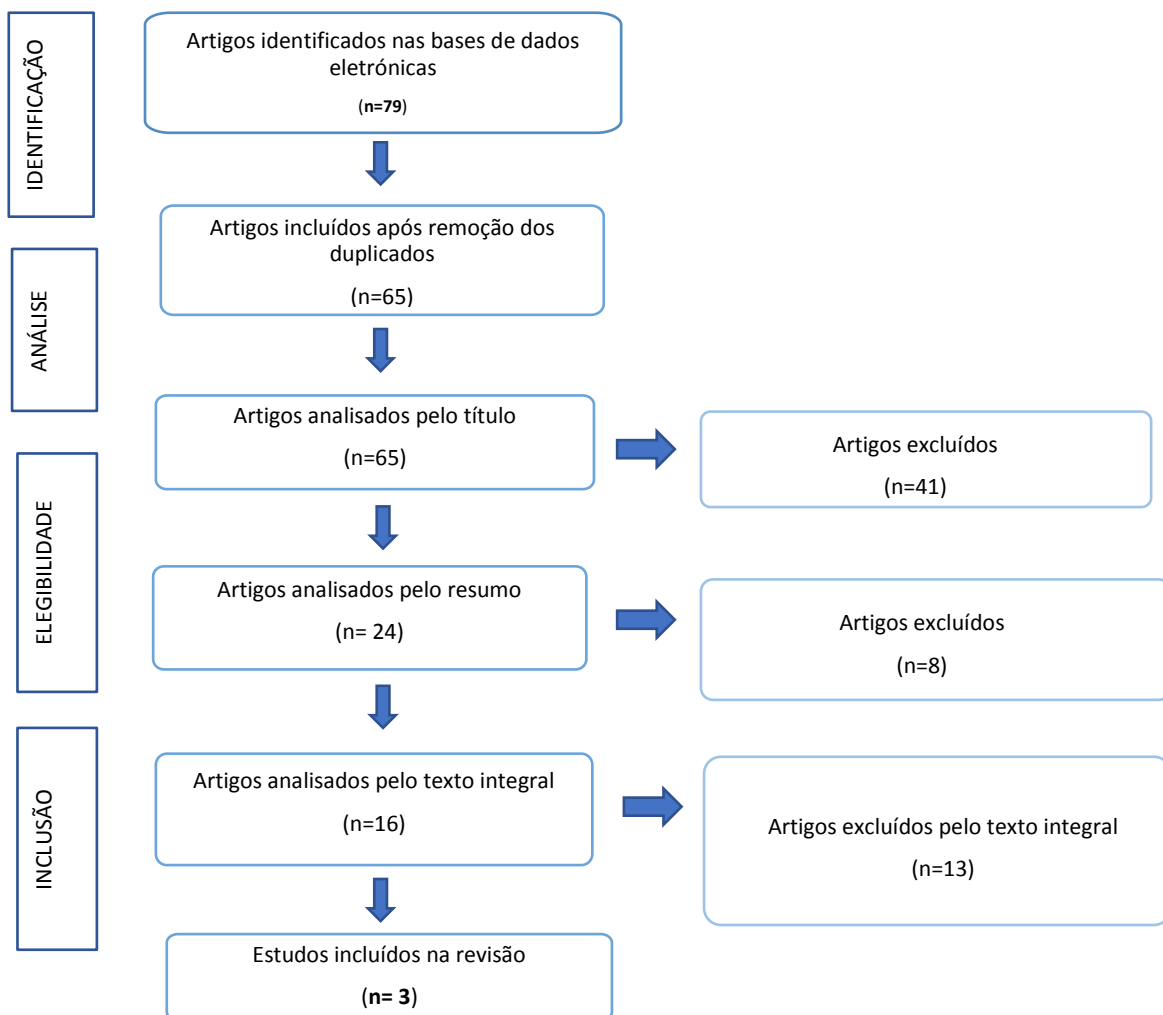
Critérios de exclusão:

- ✓ Artigos que incluam os cuidados de saúde diferenciados, cuidados hospitalares ou paliativos;
- ✓ Artigos que refiram cuidadores de pessoas com dependência devido a doença mental e/ou outra que cause dependência;

- ✓ Artigos que sejam Revisões Sistemáticas da literatura;
- ✓ Resultados de pesquisa que sejam E-Books.

Tendo por base os critérios definidos procedi à seleção dos artigos pesquisados através da análise do diagrama PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (figura 4). Após a identificação dos artigos, excluí os artigos duplicados nas diferentes bases de dados, depois os artigos analisados pelo título e pelo resumo. Por fim analisei 16 artigos pelo texto integral, dos quais excluí 13 por não ter conteúdo pertinente para a revisão da literatura. No final, fiquei com 3 artigos elegíveis para a presente RSL. A justificação de exclusão dos artigos pelo texto integral está presente no quadro 4 da página seguinte. Em apêndice (Apêndices V a XII) pode ver-se a lista de todos os artigos pesquisados nas bases de dados.

Figura 4 – Diagrama PRISMA



Quadro 4 - Artigos excluídos pelo texto

(continua)

Artigos excluídos pelo texto	Justificação
Pub Med	
2.Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke	Estuda as estratégias de coping dos cuidadores para diminuir a sobrecarga. Não refere estratégias de Enfermagem.
4.Roles of Changing Physical Function and Caregiver Burden on Quality of Life in Stroke- A Longitudinal Dyadic Analysis	Estuda a relação entre a sobrecarga do cuidador e a funcionalidade do sobrevivente de AVC, ao longo do tempo. Não refere qualquer tipo de intervenção de enfermagem.
8.Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study	Estuda a relação da díade sobrevivente/cuidador informal ao longo do tempo. Não refere intervenções de Enfermagem
B-on	
2.Burden in caregivers of long-term stroke survivors-prevalence end determinants at 6 months and 5 years after stroke	Estuda a sobrecarga do cuidador informal na fase aguda após AVC e na fase crónica. Não refere intervenções de Enfermagem.
4.Quality of life, anxiety, depression and burden among stroke caregivers-a longitudinal observational multicentre study	Estuda as determinantes da qualidade de vida, ansiedade, depressão e sobrecarga no cuidador informal. Não refere intervenções de Enfermagem.
8. Care burden of the patient relatives who take care of the patients with stroke	O texto principal está escrito em turco.
9.Formal and informal care after stroke-a longitudinal analysis of survivors' post rehabilitation hospital discharge	Estudo sobre a previsão da necessidade de cuidados formais e informais do sobrevivente de AVC. Não refere intervenções de Enfermagem.
EBSCO	
1.Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke	Constrói e valida um protocolo assistencial de Enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após AVC, para facilitar a transição após a alta. Não avalia a eficácia de nenhuma intervenção de Enfermagem.
Scielo	
Caregiver burden + stroke	
2. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral	Estuda características e fatores que podem influenciar a sobrecarga do cuidador. Não refere intervenções de Enfermagem.
4. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke	Estuda as modificações de vida na perspetiva dos cuidadores de sobreviventes com AVC. Não refere qualquer tipo de intervenção de Enfermagem.
Sobrecarga do cuidador + AVC	
3.Cuidando de quem cuida-avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos	Estudo que pretende avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de sobreviventes de AVC afásicos. Não refere qualquer tipo de intervenção de Enfermagem.

(continuação)

Sobrecarga do cuidador + prevenção	
1. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador	Apesar de sugerir algumas intervenções de Enfermagem que possam resultar na prevenção da sobrecarga do cuidador, mas sem avaliar a sua eficácia.
3. Sobrecarga e perceção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex)	Relaciona o índice de sobrecarga do cuidador com a perceção da sua qualidade de vida. Não refere especificamente o AVC nem intervenções de Enfermagem.

Todos os artigos excluídos pelo texto, embora contenham dados relevantes e pertinentes, não abordam nenhuma intervenção de Enfermagem nem estudam a sua eficácia. A maioria dos estudos faz uma análise do perfil sócio demográfico e económico dos cuidadores e dos sobreviventes que necessitam de cuidados e relacionam a sobrecarga do cuidador com determinadas características e fatores condicionantes relativos tanto aos cuidadores como às pessoas cuidadas. De forma geral, a maioria dos cuidadores informais são mulheres, predominantemente esposas e filhas (Pereira, Santos, Fhon, Marques & Rodrigues, 2013; Kazemi, Azimian, Mafi, Allen & Motalebi, 2021). A maioria dos cuidadores é casada (Morais *et al.*, 2012) e vive com a pessoa cuidada (Jaracz *et al.*, 2015). Verifica-se que existe um número elevado de idosos (cônjuges) a cuidar de idosos, o que aumenta significativamente o risco de sobrecarga e de doença do cuidador (Pereira *et al.*, 2013). Em termos económicos, geralmente, os cuidadores apresentam um nível económico médio ou baixo, pelo que não têm como pagar uma prestação de cuidados formal. A agravar a situação, a maioria dos cuidadores informais acabam por ter de reduzir o seu tempo de trabalho ou até mesmo deixar de trabalhar, o que se traduz numa diminuição dos rendimentos mensais (Morais *et al.*, 2012). Os estudos relacionam ainda alguns fatores que podem predispor para uma maior sobrecarga do cuidador, tais como o grau de dependência da pessoa cuidada ou a quantidade de tempo despendido no cuidar. De forma geral, quanto maior o nível de dependência da pessoa cuidada e quanto maior o tempo gasto no cuidar diário, maior é a sobrecarga sentida pelo cuidador. Apesar disso, na fase crónica da situação de dependência parece haver um decréscimo na sobrecarga do cuidador, explicada pelo facto de já haver rotinas estabelecidas e do cuidador já saber como proceder (Jaracz *et al.*, 2015). Para além disso, quanto mais as rotinas dos cuidadores sofrerem alterações (tempo de lazer, tempo com amigos e restante

família, etc.) maior é a percepção de sobrecarga (Morais *et al.*, 2012). Se associada à dependência física existirem alterações mentais, prévias ou derivadas do AVC, a percepção de sobrecarga do cuidador aumenta consideravelmente (Obi, Borgquist & Svardsudd, 2015).

Após a exclusão dos artigos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, fiquei com três artigos que correspondem aos critérios. A colheita de dados dos artigos será feita com base na grelha seguinte (quadro 5) e depois disso será feita a discussão dos resultados. A síntese dos dados será feita com recurso a uma síntese narrativa e não através de meta-análise, uma vez que não considero os estudos suficientemente semelhantes do ponto de vista clínico e metodológico, para os considerar homogéneos.

Quadro 5 – Grelha de colheita de dados
(continua)

	Título	Autor e ano	Tipo de estudo	Participantes (n=)	Intervenções	Evidência
Artigo 1	Efetividade de uma intervenção de apoio para cuidadores familiares e sobreviventes de acidente vascular cerebral	Jaine Kareny SILVA e Rita Narriman Silva de Oliveira BOERY, 2021	Estudo prospetivo, quase-experimental, não randomizado	Total de participantes n=37 Grupo de controlo n=17 Grupo de intervenção n=20	Intervenção de apoio aos cuidadores com uma componente individual e outra grupal, com envolvimento de uma equipa multidisciplinar. Na componente individual foram realizados atendimentos de fisioterapia e de psicologia (10 sessões de fisioterapia e sessões de psicologia ilimitadas, de acordo com as necessidades); a componente grupal compreendeu 8 sessões (uma sessão por mês durante 8 meses), desenvolvidas por um conjunto de profissionais de saúde, tais como Enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas ou nutricionistas. Para avaliação foi aplicado o questionário de sobrecarga do cuidador de Zarit em três momentos: pré-intervenção, no quarto mês de intervenção e após a intervenção.	A intervenção foi efetiva para reduzir a sobrecarga e o stress dos cuidadores familiares informais na fase crónica pós-AVC; não foi efetiva na alteração do grau de independência dos sobreviventes de AVC, na execução das atividades de vida diárias.
Artigo 2	Effect of progressive muscle relaxation on the caregiver burden and level of depression among caregivers of older patients with a stroke: a randomized controlled trial	Cemile Kutmec YILMAZ, Guler Duru ASIRET, Funda ÇETINKAYA, Gulay OLUDAG, Sevgisun KAPUCU, 2019	Estudo experimental, controlado, randomizado	Total de participantes n=44 Grupo de controlo n=21 Grupo de intervenção n=23	Os participantes foram divididos em grupo de intervenção e grupo de controlo. No início do estudo, em ambos os grupos, um grupo de Enfermeiras aplicou o questionário de sobrecarga do cuidador de Zarit e a escala de depressão de Beck. Após 8 semanas foram aplicados os mesmos instrumentos aos mesmos cuidadores, após a intervenção. O grupo de intervenção praticou relaxamento muscular progressivo 3 dias por semana, durante 8 semanas, num total de 24 sessões. O grupo de controlo não teve qualquer intervenção.	A prática dos exercícios de relaxamento muscular progressivo foi eficaz na redução da sobrecarga do cuidador e nos níveis de depressão dos participantes do grupo de intervenção, no antes e no após a prática dos mesmos. Contudo não houve diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de sobrecarga e de depressão quando se comparou com o grupo de controlo. Para além disso, o estudo evidenciou que a sobrecarga do cuidador aumenta com o aumento da duração do cuidado.

(continuação)

<p>Artigo 3</p>	<p>The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: an experimental study</p>	<p>Mansoureh Ashghali FARAHANI, Tahereh Najafi GHEZELJEH, Shima HAGHANI, Farshid ALAZMANI-NOODEH, 2021</p>	<p>Estudo experimental randomizado</p>	<p>Total de participantes n=116 Grupo de controlo n=58 Grupo de intervenção n=58</p>	<p>Os participantes foram divididos em dois grupos: de controlo e de intervenção e a avaliação inicial foi feita através da aplicação do inventário de sobrecarga do cuidador. Todos os cuidadores responderam ao inventário após a sua alocação ao respetivo grupo. Os cuidadores do grupo de controlo tiveram apenas acesso ao programa educacional de rotina do hospital e responderam novamente aos questionários 2 semanas após a alta; os cuidadores do grupo de intervenção tiveram acesso a um programa de suporte no domicílio. Este programa incluiu 8 sessões de educação e visitas regulares no domicílio após a alta. As primeiras duas sessões foram feitas no hospital, após a estabilização da situação clínica do sobrevivente de AVC e as restantes 6 foram feitas no domicílio do sobrevivente nas duas semanas seguintes à alta. Responderam novamente ao questionário após terminarem as sessões de educação. A intervenção foi conduzida pelo primeiro autor do estudo, um Enfermeiro com 10 anos de experiência, embora tenha sido envolvida uma equipa multidisciplinar com 2 professores de Enfermagem, 2 neurologistas, e um fisioterapeuta.</p>	<p>No grupo de controlo os níveis de sobrecarga do cuidador aumentaram durante o período de intervenção em todos os seus domínios. No grupo de intervenção houve diminuição da sobrecarga do cuidador, principalmente nos domínios físico, emocional e de dispêndio de tempo no cuidar. No domínio do dispêndio de tempo, após a intervenção, o grupo de intervenção evidenciou menores níveis de sobrecarga do que o grupo de controlo; no domínio de desenvolvimento houve diferenças significativas após a intervenção. Apesar do nível de sobrecarga deste domínio ter aumentado nos dois grupos, aumentou significativamente mais no grupo de controlo; no domínio físico o grupo de intervenção teve menores níveis de sobrecarga após o período de intervenção; no domínio social ambos os grupos evidenciaram maiores níveis de sobrecarga após a intervenção, mas o grupo de controlo teve maiores níveis do que o grupo de intervenção; por fim, no domínio emocional a diferença apenas foi significativa entre os grupos após a intervenção, sendo menor no grupo de intervenção.</p>
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para cada um dos artigos selecionados e que foram descritos na grelha anterior procedi ainda à avaliação da sua qualidade metodológica, através dos Instrumentos de Avaliação Crítica para Ensaio Clínicos Randomizados e Ensaio Clínicos Quase-experimentais, disponibilizados pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), presentes nos anexos I e II. Essa avaliação é apresentada sob a forma de tabela, durante a discussão dos resultados obtidos em cada estudo.

5.1.4 Discussão dos resultados obtidos

No estudo de Silva e Boery (2021) um grupo de cuidadores teve acesso a um programa de intervenção de apoio com duas componentes, uma individual e outra grupal. Na componente individual, foram realizados atendimentos de fisioterapia (10 sessões) e de psicologia (em número ilimitado, de acordo com as necessidades de cada cuidador). Na componente grupal, foram desenvolvidas sessões de educação para a saúde, durante 8 meses (uma sessão mensal de cerca de 2 horas), e foram abordados os seguintes temas: importância do auto-cuidado, orientações gerais sobre o AVC, aspectos negativos e positivos do cuidado, cuidados com a alimentação da díade, mecanismos de enfrentamento do stress no cuidador, posicionamento do sobrevivente de AVC e postura ergonómica do cuidador, agravamento da saúde da díade e morte da pessoa cuidada e cuidados com o corpo e a higiene corporal pós-AVC. As sessões foram desenvolvidas por um conjunto de profissionais de saúde, tais como Enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas ou nutricionistas. O grupo de controlo não recebeu qualquer intervenção de apoio por parte de profissional de saúde. Os participantes preencheram três instrumentos de avaliação: a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, a escala do stress percebido, a escala das atividades básicas de vida diária todas elas validadas para a população brasileira. A colheita dos dados foi feita antes da intervenção, no quarto mês da intervenção e até 3 meses após a intervenção. Após a várias análises estatísticas verificou-se uma redução significativa da sobrecarga do cuidador e da percepção de stress no grupo de intervenção ao longo do tempo. Em relação ao grau de independência do sobrevivente de AVC não houve diferença entre os dois grupos, nos diferentes momentos de avaliação.

Este artigo refere um estudo quase experimental, não randomizado, que apresenta 89% de respostas afirmativas na sua avaliação crítica, como se pode observar na tabela 1. A única resposta negativa foi no item que avalia se os participantes incluídos receberam tratamento/cuidados semelhantes além da intervenção de interesse, o que não aconteceu

neste estudo uma vez que os participantes foram orientados para manter os seus atendimentos de rotina nas unidades de saúde públicas e/ou privadas durante a participação no estudo, o que causa diferenças nos cuidados prestados a cada um dos participantes.

Tabela 1 – Avaliação da qualidade metodológica do estudo quase-experimental não randomizado incluído

Citação	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Jaine Kareny SILVA e Rita									
Narriman Silva de Oliveira BOERY, 2021	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Nota: Y = sim; N = não; U = não claro. Adaptado de Silva, J. & Boery, R. (2021). Efetividade de uma intervenção de apoio para cuidadores familiares e sobreviventes de acidente vascular cerebral. Revista Latino-Americana de Enfermagem, n.º 29.

Apesar da amostra deste estudo ser pequena e não ter sido randomizada, é possível evidenciar a eficácia de uma intervenção de apoio e que “o cuidado ao cuidador é essencial para melhorar a sua saúde física e psicológica e não deve ser limitado aos meses iniciais de sua função.” (Silva e Boery, 2021, p:9)

No segundo estudo, de Yilmaz, Asiret, Çetinkaya, Oludag e Kapucu (2019), 44 participantes foram divididos em dois grupos, o grupo de intervenção (n=23) e o grupo de controlo (n=21). O grupo de intervenção foi treinado verbalmente sobre a forma de praticar os exercícios de relaxamento muscular progressivo. Os cuidadores foram guiados na prática dos exercícios através de um cd, que deveriam ouvir e praticar num ambiente calmo e silencioso. Os participantes deviam contrair deliberadamente os músculos das mãos, braços, pescoço, ombros, face, peito, abdómen, ancas e pés e depois relaxar segundo as orientações que ouviam no cd. Após o treino, os cuidadores deveriam praticar os exercícios 3 dias por semana, durante 8 semanas, num total de 24 sessões. Durante este tempo eram contactados pelos pesquisadores, Enfermeiros, uma vez por semana, para esclarecimento de qualquer dúvida e para além disso tinham o número de telefone pessoal dos pesquisadores se necessitassem de algum esclarecimento. Os participantes preencheram um questionário de informações introdutórias (dados sociodemográficos e médicos do sobrevivente e dos cuidadores), a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e a Escala de Depressão de Beck. Os instrumentos de avaliação foram aplicados antes e após a intervenção, após 8 semanas, em ambos os grupos.

No que diz respeito à Escala de Zarit, no grupo de intervenção houve diferença significativa da média dos valores obtidos antes e depois da intervenção, sendo os valores menores depois da intervenção. No grupo de controlo não houve diferenças significativas. Também não houve diferenças significativas nos valores da escala, entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, após a aplicação dos exercícios. Em relação à Escala de Depressão de Beck os resultados foram semelhantes. Houve um decréscimo significativo na média dos valores, no grupo de intervenção, antes e após os exercícios. No grupo de controlo não houve diferença significativa entre os dois momentos de avaliação e também não houve diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, após a intervenção. Neste estudo demonstrou-se ainda uma relação linear positiva e moderada entre a Escala de Zarit e a duração do cuidado, em ambos os grupos: quanto maior a duração do cuidado maiores os valores obtidos na escala. A principal limitação deste estudo é o tamanho da amostra que, segundo os autores, justifica os resultados obtidos. Conclui-se que, apesar de não haver diferença entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção, a intervenção pode considerar-se de certa forma eficaz na prevenção da sobrecarga, uma vez que no grupo de intervenção, a sobrecarga dos cuidadores diminuiu após a prática dos exercícios de relaxamento muscular progressivo.

No terceiro e último artigo, o estudo de Farahani, Ghezaljah, Haghani e Alazmani-Noodeh (2021) tem como propósito avaliar o efeito de um programa de apoio no domicílio aos cuidadores de pacientes com AVC. Neste estudo, 116 cuidadores foram divididos aleatoriamente em dois grupos, de controlo e de intervenção, ficando 58 indivíduos em cada um dos grupos. A avaliação da intervenção de apoio é avaliada através do preenchimento do “Inventário de sobrecarga do cuidador” que avalia a sobrecarga do cuidador em cinco dimensões: dispêndio de tempo, vida pessoal (domínio do desenvolvimento), sobrecarga física, sobrecarga social e sobrecarga emocional. Todos os cuidadores, no início do estudo preencheram um questionário com dados sociodemográficos e preencheram o inventário de sobrecarga. O grupo de controlo recebeu apenas o programa educacional de rotina protocolado do hospital sobre acidente vascular cerebral e sobre cuidar de pessoa após acidente vascular cerebral. Voltaram a preencher o questionário de sobrecarga do cuidador 2 semanas após a alta hospitalar. Os cuidadores do grupo de intervenção receberam um programa educacional de 8 sessões de educação. As primeiras 2 sessões foram planeadas e realizadas ainda no hospital, após a estabilização do doente. As restantes 6 sessões foram

realizados no domicílio do doente, durante duas semanas. Após essas duas semanas, os cuidadores deste grupo voltaram a preencher o questionário de sobrecarga. Cada sessão teve a duração de 45-60 minutos e os temas abordados foram os seguintes: 1. objetivo da intervenção e a importância da colaboração dos cuidadores, bem como o plano de suporte e a programação das sessões; 2. Mecanismo do AVC, a sua etiologia, sinais, sintomas e tipos de tratamento, importância do cuidar, estratégias de coping e de resolução de problemas, importância da escuta ativa e comunicação eficaz; 3. Gestão da raiva e técnicas para controlar a raiva, dieta, importância da monitorização do estado nutricional, como alimentar por sonda nasogástrica se necessário e controlo do peso; 4. Controlo da tensão arterial do sobrevivente, fisioterapia dos membros e do sistema respiratório, prevenção da deformidade dos membros, alternância de decúbitos e prevenção de úlceras de pressão; 5. Exercícios de respiração profunda e relaxamento, banho e higiene geral, vestuário, higiene oral e dos dentes e aspiração de secreções; 6. Medicação e seus efeitos secundários, utilização de glucómetro se necessário; 7. Terapia da fala e avaliação da necessidade de aconselhamento com psicólogo ou psiquiatra; 8. Terapias de acompanhamento, avaliação da necessidade de referências posteriores, procedimentos paraclínicos e esclarecimento de dúvidas. A intervenção foi conduzida pelo primeiro autor do estudo, um Enfermeiro com 10 anos de experiência, embora tenha sido envolvida uma equipa multidisciplinar com 2 professores de Enfermagem, 2 neurologistas, e um fisioterapeuta.

Entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção não se detetaram diferenças significativas antes da intervenção. Elas só surgem após a intervenção. No grupo de controlo, os valores da escala de sobrecarga aumentaram significativamente, durante a intervenção, em todos os domínios, ou seja, os cuidadores deste grupo sentiram níveis de sobrecarga mais elevados. Pelo contrário, no grupo de intervenção, os valores diminuíram significativamente, o que significa que os cuidadores evidenciaram um menor nível de sobrecarga após a intervenção. No entanto, neste grupo os resultados não foram idênticos em todos os domínios. No domínio do tempo despendido, na sobrecarga física e na sobrecarga emocional os níveis diminuíram significativamente. No domínio da vida pessoal e social pelo contrário, os níveis aumentaram. Contudo, aumentaram mais no grupo de controlo do que no grupo de intervenção. Isto significa que a intervenção foi mais eficaz na prevenção da sobrecarga física e emocional e no dispêndio de tempo com os cuidados. Desta forma, este estudo conclui que um programa

educativo e de suporte no domicílio é eficaz na redução da sobrecarga do cuidador, devido à capacitação apropriada e ao seguimento feito ao cuidador após a alta hospitalar.

Os dois estudos referidos nos artigos descritos acima, são estudos experimentais randomizados, cuja avaliação crítica se apresenta na tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos experimentais randomizados incluídos

Citação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cemile Kutmec YILMAZ, Guler Duru ASIRET, Funda ÇETINKAYA, Gulay OLUDAG, Sevgisun KAPUCU, 2019	U	U	N	N	N	N	U	Y	Y	Y	Y	Y	U
Mansoureh Ashghali FARAHANI, Tahereh Najafi GHEZELJEH, Shima HAGHANI, Farshid ALAZMANI- NOODEH, 2021	Y	Y	N	N	N	N	U	Y	Y	Y	Y	Y	Y
%	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	50%

Nota: Y = sim; N = não; U = não claro. Adaptado de Yilmaz, C., Asiret, G., Centinkaya, F., Oludag, G. & Kapucu, S. (2019). Effect of progressive muscle relaxation on the caregiver burden and level of depression among caregivers of older patients with a stroke: a randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, vol. 16, páginas 202-211; Farahani, M., Ghezeljeh, T., Haghani, S. & Alazmani-Noodeh, F. (2021). The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: an experimental study. *BMC Health Services Research*, n. 21, artigo 346.

Nestes estudos houve 100% de respostas afirmativas em 5 dos itens e 50% de respostas afirmativas em 3 itens. Os restantes itens apenas obtiveram respostas negativas, sendo itens que dizem respeito essencialmente às características de base dos participantes e ao cegamento dos participantes e dos avaliadores durante a aplicação da intervenção em estudo. Em relação às características de base dos participantes, tendo em conta o objetivo e o objeto dos estudos, seria muito difícil que os participantes tivessem as mesmas características de base, tanto no que diz respeito às características sociodemográficas dos cuidadores informais, como no que diz respeito à severidade da doença e grau de dependência dos utentes dependentes, o que logo à partida pode condicionar os resultados da avaliação da sobrecarga obtidos. Também devido ao tipo de intervenção objeto dos estudos não seria possível que os participantes não soubessem da intervenção aplicada, uma vez que exige a sua participação

consciente e ativa. Também não houve cegamento dos avaliadores, uma vez que são os próprios autores do estudo e são os profissionais envolvidos na aplicação das intervenções estudadas. Desta forma, embora a qualidade metodológica destes estudos fique diminuída pela avaliação crítica feita, considero que isso acontece devido à natureza das intervenções estudadas, pelo que mantive a inclusão dos estudos nesta revisão sistemática.

5.1.5 Conclusões e implicações na prática clínica

Pela análise dos três estudos evidenciados nos artigos selecionados, a principal conclusão que se pode tirar é que a componente de apoio educativo e de formação tem um papel importante para a prevenção da sobrecarga do cuidador informal. A quantidade de estudos obtidos na pesquisa foi reduzida e cada um dos estudos tem a limitação de ter uma amostra pequena, que exige prudência na extrapolação e generalização dos dados. Contudo é realmente fácil de perceber que programas de apoio formativo ao cuidador se tornam essenciais para evitar a sua sobrecarga. O cuidador informal ao sentir-se capacitado, esclarecido e, acima de tudo, apoiado pelos profissionais de saúde, sente-se mais confiante para cuidar do seu familiar e isso diminui a probabilidade de se sentir sobrecarregado, exausto ou em depressão. Se o apoio facultado for logo na fase aguda do problema e no domicílio do cuidador ou do sobrevivente de AVC, terá ainda um efeito mais positivo. O cuidador precisa de saber e sentir que a equipa de saúde está disponível para o ouvir e apoiar, de forma a sentir-se cada vez mais capaz.

Em termos de implicações na prática clínica, o enfermeiro de família é o profissional que está mais próximo do utente e da sua família, de forma a assumir este papel de promotor da capacitação do cuidador informal. Uma das estratégias que poderá ser utilizada, é a programação de algumas sessões de formação quando o sobrevivente do AVC tiver alta hospitalar para o domicílio. Essas sessões poderão ser individuais ou em grupo, conforme a necessidade do cuidador, a disponibilidade do Enfermeiro e do serviço ou até mesmo consoante o grau de dependência da pessoa que necessita dos cuidados. O principal foco deverá ser sempre capacitar o cuidador, nas diferentes áreas do cuidar do familiar e de si próprio, para que ele se sinta dotado de diversas ferramentas que lhe vão possibilitar prestar cuidados adequados, sem prejuízo pessoal. O enfermeiro de família poderá também definir com o cuidador o acesso a formas de comunicação mais diretas, tais como correio eletrónico

ou um contacto de telefone direto para a equipa de enfermagem, de forma a eliminar possíveis constrangimentos na comunicação entre cuidador e enfermeiro.

Claro que estas estratégias irão sempre depender dos recursos do serviço e da equipa, mas penso que fica provado que a capacitação do cuidador, por meio de informação correta e adequada à situação, tem um grande impacto na qualidade de vida do cuidador informal, que se vai traduzir numa melhoria da qualidade de vida do utente que está dependente e, eventualmente, uma diminuição do recurso a cuidados médicos e de enfermagem.

Em conclusão, para responder à questão inicial desta revisão de literatura, “quais são as intervenções utilizadas pelos enfermeiros de família, em cuidados de saúde primários, para a prevenção da sobrecarga do cuidador informal do utente dependente após AVC?”, pode dizer-se que são, essencialmente, intervenções de formação, esclarecimento e capacitação do cuidador informal, direcionadas às suas necessidades e adequadas à sua realidade e à da pessoa cuidada.