

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO

Francine Melo da Costa

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA VIRTUAL PARA CUIDADORES
FAMILIARES NA CAPACIDADE DE CUIDAR DE IDOSOS APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL:
ensaio pragmático randomizado**

Porto Alegre

2024

Francine Melo da Costa

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA VIRTUAL PARA CUIDADORES
FAMILIARES NA CAPACIDADE DE CUIDAR DE IDOSOS APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL:
ensaio pragmático randomizado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e saúde Coletiva.

Eixo temático: Envelhecimento e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Porto Alegre
2024

CIP - Catalogação na Publicação

Costa , Francine Melo da
EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA VIRTUAL PARA
CUIDADORES FAMILIARES NA CAPACIDADE DE CUIDAR DE
IDOSOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ensaio
pragmático randomizado / Francine Melo da Costa . --
2024.

155 f.

Orientadora: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2024.

1. cuidadores. 2. tecnologia educacional. 3.
acidente vascular cerebral. 4. transição do hospital
para o domicílio. 5. idoso. I. Paskulin, Lisiane
Manganelli Girardi, orient. II. Título.

Francine Melo da Costa

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA VIRTUAL PARA CUIDADORES
FAMILIARES NA CAPACIDADE DE CUIDAR DE IDOSOS APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL:
ensaio pragmático randomizado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 07 de fevereiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin: _____
Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Carolina Baltar Day: _____
Membro – PUCRS

Profa. Dra. Idiane Rosset: _____
Membro – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Odete Sofia da Silva Lomba de Araújo: _____
Membro – Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (Portugal)

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Henrique, pelo apoio incondicional às minhas decisões, por ser presença, segurança e conforto em cada momento. Ao meu filho, Matteo, que, dentro da barriga, tem sido meu parceiro nessa jornada.

Meus pais, Auzenda e Armando, e meus irmãos, Victor e Amanda, por participarem da minha jornada, sempre me apoiarem e se orgulharem das minhas conquistas. À minha avó, Mabília, exemplo de pessoa idosa que me inspirou a estudar as questões do envelhecimento.

À minha sogra, Ângela, que me “adotou” como filha, por todo o apoio e admiração.

À minha orientadora Lisiane, exemplo de profissional que não mede esforços para realizar a pesquisa com excelência, por ter me direcionado em todos esses anos, e ser fundamental na construção do meu conhecimento e na minha trajetória acadêmica.

À minha amiga, Débora, por ser minha parceira no doutorado e na vida, deixando o caminho mais leve e os desafios mais fáceis de encarar.

A todas as minhas amigas e amigos, que torceram pela conclusão dessa etapa.

A todos os colegas e professores do Grupo de Pesquisa em Envelhecimento e Enfermagem (GPEEN), pelos momentos de diálogo, discussões e crescimento no meio acadêmico. Em especial agradeço à Carolina e à Carla por todo o apoio ao longo do curso de doutorado, desde o momento da decisão em participar da seleção.

Aos bolsistas de iniciação científica: Gabriel, Vitória, Laís e Maria Eduarda, pelo apoio para operacionalização deste trabalho, pelas trocas e parcerias. Um agradecimento especial à Natália, pelo apoio e comprometimento.

Aos meus colegas, chefes e professores do Serviço de Enfermagem Ambulatorial (SEAMB) e do Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo apoio para conclusão desta etapa e por vibrarem com minhas conquistas.

Ao HCPA, especialmente aos serviços onde este estudo foi desenvolvido, e à Diretoria de Pesquisa, por apoiarem o desenvolvimento deste estudo.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, por me proporcionar uma trajetória acadêmica de excelência no ensino e na pesquisa, desde a graduação até o doutorado.

Um agradecimento especial aos cuidadores e idosos que aceitaram participar deste estudo, sem os quais o avanço do conhecimento não aconteceria. Espero devolver a vocês um cuidado humano e de qualidade.

RESUMO

Introdução: Frente à dependência funcional de idosos após um acidente vascular cerebral (AVC), os cuidadores familiares podem enfrentar a falta de conhecimento para realizarem os cuidados necessários no domicílio e a ausência de apoio para desenvolvimento de habilidades, o que pode levar a desfechos negativos, como maior sobrecarga e prejuízos para os idosos. Cabe ao enfermeiro, enquanto figura central para educação de cuidadores, pensar em diferentes estratégias visando a transição segura do cuidado oferecido no hospital para o realizado no domicílio. Uma das estratégias que têm sido desenvolvidas são as intervenções utilizando tecnologias virtuais. **Objetivo:** Analisar a efetividade de uma intervenção educativa virtual para cuidadores familiares na capacidade de cuidarem de idosos após AVC, comparado com orientações usuais no período de três meses após alta hospitalar. **Métodos:** Ensaio Pragmático (EP) Randomizado, desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Foram incluídos 58 cuidadores familiares com idade acima de 18 anos que exerciam o papel de principal provedor dos cuidados, não remunerados, a pacientes com 60 anos ou mais (de ambos os sexos), com diagnóstico médico de AVC na internação atual, atendidos no HCPA. Foram excluídos do estudo os cuidadores familiares que: (a) não tinham acesso à internet; (b) não estivessem aptos a acessar a intervenção virtual, verificado através do *checklist* de aptidão para acesso e navegação ao curso, elaborado para este estudo; (c) não tinham linha telefônica para contato; (d) estavam acompanhando idosos que fossem transferidos para instituições de longa permanência após a alta; (e) estavam acompanhando idosos que vieram a óbito, na fase de captação dos participantes do estudo. O desfecho primário foi a capacidade dos cuidadores informais para cuidar de idosos após AVC, verificado através da Escala de Capacidades do Cuidador Informal de Idosos Dependentes por AVC (ECCIID-AVC), e o desfecho secundário foi a sobrecarga do cuidador, avaliado através da Caregiver Burden Scale (CBS). Os desfechos foram avaliados no momento da avaliação basal, na internação hospitalar, e na avaliação final, 90 dias após a alta. A coleta de dados ocorreu de janeiro a novembro de 2023. O estudo foi cego para a avaliação dos desfechos. A intervenção multicomponente visou instrumentalizar o cuidador familiar para assistir o idoso nas atividades de vida diária (AVDs) após a alta, e foi realizada por duas enfermeiras, por meio de um curso massivo aberto e on-line (MOOC) contendo orientações de cuidado, além da realização de contatos telefônicos com os participantes em 7, 30, 60 e 80 dias após a alta hospitalar; para verificar o andamento do curso e sanar possíveis dificuldades. Também foi disponibilizada uma *hotline* para os participantes, atendida pelas enfermeiras. A intervenção teve duração de três meses. O controle recebeu as

orientações usuais dos serviços de saúde. Foi adotada a técnica por intenção de tratar. Para avaliar o efeito da intervenção foi utilizado o modelo de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE) complementado pelo teste Least Significant Difference (LSD). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$), e as análises foram realizadas no programa SPSS, versão 27.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, CAAE: 59589922.0.0000.5327, e o protocolo de pesquisa foi cadastrado no clinicaltrials.gov sob identificação NCT05553340. **Resultados:** 29 participantes foram alocados 29 no grupo intervenção (GI) e 29 no grupo controle (GC). A amostra foi homogênea e os grupos diferiram estatisticamente apenas em relação ao parentesco ($p=0,034$), observada maior proporção de filhos no GC comparado ao GI. As características dos idosos sobreviventes de AVC foram semelhantes entre os grupos. Com relação ao efeito da intervenção, observou-se escores significativamente maiores no que se refere à administração dos medicamentos no GI ($p=0,006$) ao final da intervenção. Na comparação entre os grupos não houve diferença estatisticamente significativa na capacitação dos cuidadores ($p=0,604$). Em relação à sobrecarga, nas comparações dos domínios intragrupo houve redução estatisticamente significativa no domínio decepção no GI ($p=0,011$). Não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,679$), no período de acompanhamento. **Conclusão:** Este é o primeiro estudo, no Brasil, que propõe o uso do MOOC como ferramenta educativa para cuidadores familiares de idosos sobreviventes de AVC, representando um importante avanço da Enfermagem na construção de tecnologias educacionais digitais. A intervenção favoreceu significativamente os cuidadores do GI no que se refere à melhora da administração de medicamentos e à redução da decepção, domínio relativo à sobrecarga. É possível que a obtenção de alguns resultados homogêneos entre os grupos se deva ao fato de que os participantes foram recrutados em um hospital universitário e especializado no qual a transição de cuidado já faz parte da prática assistencial. É possível que a disponibilidade dessa intervenção em hospitais onde o preparo de alta ainda é incipiente, possa demonstrar efetividade em outros domínios de capacidade de cuidar e de sobrecarga. O curso será de livre acesso para outras instituições na finalização do estudo.

Palavras-chave: cuidadores; educação; acidente vascular cerebral; transição do hospital para o domicílio; idoso; tecnologia educacional.

ABSTRACT

Background: When faced with the functional dependence of elderly people after a stroke, family caregivers may lack the knowledge to provide the necessary care at home, and the lack of support to develop these skills can lead to negative outcomes, such as an increased burden. It is up to the nurse, as a central figure in the education of caregivers, to think about different strategies aimed at the safe transition from hospital care to home care, one of the strategies that have been developed are interventions using virtual technologies. **Aim:** To analyze the effectiveness of a virtual educational intervention for family caregivers on their ability to care for elderly people after a stroke compared with the usual guidance over a period of three months after hospital discharge. **Methods:** A randomized pragmatic trial (PT) developed at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). The study included 58 family caregivers over the age of 18 who played the role of main unpaid care provider for patients aged 60 or over (of both sexes) with a medical diagnosis of stroke during the current hospitalization and treated at the HCPA. Excluded from the study were family caregivers: (a) did not have access to the internet; (b) were unable to access the virtual intervention, as verified using a checklist of aptitude for accessing and navigating the course prepared for this study; (c) did not have a telephone line to contact them; (d) were caring for elderly people who were transferred to a long-term care facility after hospital discharge; (e) were caring for elderly people who died during the recruitment phase of the study. The primary outcome was the ability of informal caregivers to care for elderly people after a stroke, verified using the Capacity Scale for Informal Caregivers of Elderly People Dependent Due to a Stroke (ECCIID-AVC), and the secondary outcome was caregiver burden, assessed using the Caregiver Burden Scale (CBS). Outcomes were assessed at the time of the baseline assessment, at hospital admission, and at the final assessment 90 days after discharge. Data collection took place from January to November 2023. The study was blinded for outcome assessment. The multicomponent intervention aimed to equip the family caregiver to assist the elderly person with daily activities after discharge and was carried out by two nurses through a massive open and online course (MOOC) containing caregiving guidelines, in addition to telephone contacts with participants seven, 30, 60, and 80 days after hospital discharge to check the progress of the course and resolve any difficulties. A nurse-staffed hotline was also made available to participants. The intervention lasted three months. The control received the usual health service guidelines. The technique was applied on an intention-to-treat basis. To evaluate the effect of the intervention, the generalized estimating equations (GEE) model was used, complemented by the least significant difference (LSD) test.

The significance level adopted was 5% ($p < 0.05$) and the analyses were carried out using SPSS version 27.0. The research was approved by the HCPA Research Ethics Committee, under CAAE: 59589922.0.0000.5327, and the research protocol was registered at clinicaltrials.gov under identification NCT05553340. **Results:** The sample consisted of 58 participants, 29 of whom were allocated to the intervention group (IG) and 29 to the control group (CG). The sample was homogeneous, and the groups differed statistically only in terms of kinship ($p = 0.034$), with a higher proportion of children in the CG compared to IG. The characteristics of elderly stroke survivors were similar between the groups. Regarding the effect of the intervention, significantly higher scores were observed at the end of the intervention for medication administration in the IG ($p = 0.006$). When comparing the groups, there was no statistically significant difference in caregiver training ($p = 0.604$). In relation to caregiver burden, the comparisons of domains intragroup, there was a statistically significant reduction in the disappointment domain only in the IG ($p = 0.011$). There was no significant difference during the follow-up period between the groups ($p = 0.679$). **Conclusion:** This is the first study in Brazil that proposes the use of MOOC as an educational tool for family caregivers of elderly stroke survivors, representing an important advance in Nursing in the construction of digital educational technologies. The intervention significantly benefited IG caregivers in terms of improving medication administration and reducing disappointment. It is possible that the homogeneous results identified between the groups are due to the fact that participants were recruited from a university and specialized hospital. The availability of this intervention in services where discharge preparation is not structured can bring further contributions. The course will be freely accessible to other institutions upon completion of the study.

Keywords: caregivers; education; stroke; hospital-to-home transition; elderly; educational technology.

RESUMEN

Introducción: Ante la dependencia funcional de las personas mayores después de un accidente cerebrovascular (AC), los cuidadores familiares enfrentan una falta de conocimientos sobre cómo llevar a cabo los cuidados necesarios en casa, y la ausencia de apoyo para desarrollar estas habilidades puede conducir a resultados negativos, como una mayor carga. Corresponde al enfermero, como figura central en la educación de los cuidadores, idear diferentes estrategias para una transición segura de los cuidados hospitalarios a los cuidados en casa, una de las estrategias que se han desarrollado son las intervenciones utilizando tecnologías virtuales.

Objetivo: Analizar la efectividad de una intervención educativa virtual para cuidadores familiares sobre su capacidad de cuidar a personas mayores después de un AC, en comparación con la orientación habitual durante los tres meses después del alta hospitalaria. **Métodos:** Ensayo pragmático (EP) aleatorizado desarrollado en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Se incluyeron en el estudio 58 cuidadores familiares mayores de 18 años que fueran los principales cuidadores no remunerados de pacientes de 60 años o más (de ambos sexos) con diagnóstico médico de AC durante la hospitalización actual y tratados en el HCPA. Se excluyeron del estudio los cuidadores familiares: (a) no tenían acceso a internet; (b) que no eran capaces de acceder a la intervención virtual, según se verificó mediante una lista de verificación de aptitud para acceder y navegar por el curso, elaborada para este estudio; (c) no disponían de una línea telefónica de contacto; (d) estaban cuidando de personas mayores que fueron trasladadas a una institución de cuidados a largo plazo después del alta; (e) estaban cuidando a las personas mayores que fallecieron durante la fase de captación de participantes del estudio. El resultado primario fue la capacidad de los cuidadores informales para cuidar a las personas mayores después de un AC, verificada mediante la Escala de Capacidad del Cuidador Informal para Personas Mayores Dependientes por Accidente Cerebrovascular (ECCIID-AVC), y el resultado secundario fue la carga del cuidador, evaluada mediante la Escala de Carga del Cuidador (CBS). Los resultados se evaluaron en el momento de la evaluación inicial, en el momento del ingreso hospitalario y en la evaluación final, 90 días después del alta. La recopilación de datos se llevó a cabo de enero a noviembre de 2023. Este estudio estuvo cegado para la evaluación de los resultados. La intervención multicomponente tuvo como objetivo equipar al cuidador familiar para ayudar al anciano en las actividades de la vida diaria después del alta, y fue realizada por dos enfermeras a través de un curso online masivo y abierto (MOOC) que contenía pautas de cuidado, así como contactos telefónicos con los participantes siete, 30, 60 y 80 días después del alta hospitalaria para comprobar el progreso del curso y

resolver cualquier dificultad. También se puso a disposición de los participantes una línea directa atendida por enfermeras. La intervención duró tres meses. El control recibió las pautas habituales de los servicios de salud. Se adoptó la técnica de intención de tratar. Para evaluar el efecto de la intervención se utilizó el modelo de ecuaciones de estimación generalizada (GEE), complementado con la prueba de diferencia menos significativa (LSD). El nivel de significación adoptado fue del 5% ($p < 0,05$) y los análisis se realizaron mediante el programa SPSS versión 27.0. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en la Investigación del HCPA, CAAE: 59589922.0.0000.5327, y el protocolo de investigación fue registrado en clinicaltrials.gov con la identificación NCT05553340. **Resultados:** La muestra estaba formada por 58 participantes, 29 de los cuales fueron asignados al grupo de intervención (GI) y 29 al grupo control (GC). La muestra era homogénea, y los grupos sólo diferían estadísticamente en relación al parentesco ($p = 0,034$), con una mayor proporción de hijos en el GC en comparación con el GI. Las características de los ancianos supervivientes de un AC eran similares entre los grupos. En cuanto al efecto de la intervención, se observaron puntuaciones significativamente más altas en la administración de medicamentos en el GI ($p = 0,006$) al final de la intervención. Al comparar los grupos, no había diferencia estadísticamente significativa en la formación de los cuidadores ($p = 0,604$). En cuanto a la sobrecarga, en las comparaciones de dominios intragrupo, hubo una reducción estadísticamente significativa en el dominio de decepción sólo en el GI ($p = 0,011$). No hubo diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,679$) durante el período de seguimiento. **Conclusión:** Este es el primer estudio en Brasil que propone el uso de MOOC como herramienta educativa para cuidadores familiares de las personas mayores sobrevivientes de AC, representando un avance importante en Enfermería en la construcción de tecnologías educativas digitales. La intervención benefició significativamente a los cuidadores del GI en términos de mejorar la administración de medicamentos y reducir la decepción. Es posible que los resultados homogéneos identificados entre los grupos se deban a que los participantes fueron reclutados en un hospital universitario y especializado. La disponibilidad de esta intervención en servicios donde la preparación del alta no está estructurada puede aportar mayores contribuciones. El curso será de libre acceso para otras instituciones una vez finalizado el estudio.

Palabras clave: cuidadores; educación; accidente cerebrovascular; transición del hospital al hogar; ancianos; tecnología educativa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica do diagrama da logística do estudo e operacionalização da coleta de dados **Erro! Indicador não definido.**

Figura A1 – Diagrama do estudo de acordo com Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) **Erro! Indicador não definido.-**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Representação das estratégias e respectivas fórmulas de busca nas bases de dados. Porto Alegre, RS, 2023	24
Quadro 2 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com autor, ano e país de publicação, tipo de estudo e número de participantes. Porto Alegre, RS, 2023	25
Quadro 3 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com os objetivos, os desfechos avaliados, os instrumentos utilizados e os achados. Porto Alegre, RS, 2023	26
Quadro 4 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com a intervenção, a duração e o período de aplicação da intervenção. Porto Alegre, RS, 2023	31
Quadro 5 – Artigos científicos elaborados de acordo com os objetivos da tese, o periódico e a Classificação no Qualis-Periódicos. Porto Alegre, RS, 2024	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação da concordância Interavaliadores das escalas em estudo no Pré e Pós-Treinamento (n = 6). Porto Alegre, RS, 2023 **Erro! Indicador não definido.**

Tabela A1 – Características sociodemográficas, condição de saúde e situação como cuidador dos cuidadores familiares (n=58). Porto Alegre, RS, Brasil 2024 **Erro! Indicador não definido.-**

Tabela A2 – Características sociodemográficas e condição de saúde dos idosos sobreviventes de AVC (n = 58). Porto Alegre, RS, Brasil, 2024 -

Tabela A3 – Efeitos da intervenção nos escores da ECCIID- AVC* dos cuidadores familiares (n = 58). Porto Alegre, RS, Brasil, 2023 -

Tabela A4 – Efeitos da intervenção nos escores da CBS dos cuidadores familiares (n = 58). Porto Alegre, RS, Brasil, 2023 -

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCh	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCi	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVDs	Atividades de Vida Diária
CBS	Caregiver Burden Scale
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
COVID-19	Doença do coronavírus 2019
DeCS	Descritores em Ciências Da Saúde
ECCIID-AVC	Escala de Capacidades do Cuidador Informal de Idosos Dependentes por Acidente Vascular Cerebral
ECPICID-AVC	Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados de Idosos Dependentes por AVC
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EENF/UFRGS	Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
EP	Estudo Pragmático
EPR	Estudo Pragmático Randomizado
e-share	Educational Intervention With Digital Technology For Family Caregivers
FDPEI	Intervenção psicoeducacional focada na família (Family-focused dyadic psychoeducational intervention)
GC	Grupo Controle
GEE	Equações de Estimativas Generalizadas
GI	Grupo Intervenção
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
ICEP	Intensive Caregiver Education Program
InCARE	Intervention in Informal Caregivers who take Care of Older People after a Stroke
ISR	Information, Support and Referral
JBİ	Joanna Briggs Institute
LHTL	Learning How to Learn
LSCTC	London Stroke Carers Training Course

LSD	Least Significant Difference
MEC	Ministério da Educação
MeSH	Medical Subject Headings
MIF	Medida da Independência Funcional
MOOC	Curso Massivo, Aberto e On-line
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventional Classification)
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews
PSI	Problem-Solving Intervention
PSS Health	Power and Sample Size for Health Researchers
QASCI	Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal
QV	Qualidade de Vida
REDCap	Research Electronic Data Capture
SHARE	Nursing Home Care Intervention Post Stroke
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TAP	Transition Assistance Program
TASK II	Telephone Assessment and Skill-Building Kit
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE-AVC	Unidade de Cuidados Especiais de Acidente Vascular Cerebral
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VDs	Visitas Domiciliares
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life –BREF
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life – OLD
WOS	Web of Science

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	22
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES FAMILIARES DE SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	23
4 MÉTODOS	40
4.1 TIPO DE ESTUDO	Erro! Indicador não definido.
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	Erro! Indicador não definido.
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	Erro! Indicador não definido.
4.3.1 Critérios de inclusão	Erro! Indicador não definido.
4.3.2 Critérios de exclusão	Erro! Indicador não definido.
4.4 CÁLCULO DA AMOSTRA	Erro! Indicador não definido.
4.5 DESFECHOS EM ESTUDO	Erro! Indicador não definido.
4.5.1 Questionário de dados de identificação, sociodemográficos e condição de saúde	Erro! Indicador não definido.
4.5.2 Escala de Capacidades do Cuidador Informal de Idosos Dependentes por AVC	Erro! Indicador não definido.
4.5.3 Caregiver Burden Scale	Erro! Indicador não definido.
4.6 COLETA DE DADOS	Erro! Indicador não definido.
4.7 RANDOMIZAÇÃO E CEGAMENTO	Erro! Indicador não definido.
4.8 INTERVENÇÃO	Erro! Indicador não definido.
4.8.1 Grupo intervenção	Erro! Indicador não definido.
4.8.2 Grupo controle	Erro! Indicador não definido.
4.9 ANÁLISE DOS DADOS	Erro! Indicador não definido.
4.10 ASPECTOS ÉTICOS	Erro! Indicador não definido.
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53

5.1 EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO E-SHARE PARA CUIDADORES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ENSAIO PRAGMÁTICO RANDOMIZADO	54
5.2 ELABORAÇÃO DE UM CURSO ONLINE PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS IDOSAS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	85
6 CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CUIDADOR FAMILIAR COLETADOS NO MOMENTO DA INCLUSÃO NO ESTUDO	102
APÊNDICE B – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO COLETADOS NO MOMENTO DA INCLUSÃO NO ESTUDO	105
APÊNDICE C – AVALIAÇÃO FINAL DO CUIDADOR FAMILIAR E DO IDOSO TRÊS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR	108
APÊNDICE D – CHECKLIST DE VERIFICAÇÃO DE APTIDÃO PARA ACESSO E NAVEGAÇÃO AO MOOC	110
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS CUIDADORES FAMILIARES	111
APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS	113
ANEXO A – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)	115
ANEXO B – ESCALA DE CAPACIDADES DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES POR AVC (ECCIID-AVC)	117
ANEXO C – GUIA PARA A APLICAÇÃO DA ECCIID – AVC	119
ANEXO D – CAREGIVER BURDEN SCALE (CBS)	127
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA	129

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa de morte no Brasil e no mundo, acometendo principalmente pessoas idosas (World Health Organization – WHO, 2020). No Brasil, entre janeiro e outubro de 2023, cerca de 150 mil pessoas internaram por AVC, das quais aproximadamente 117 mil (79%) eram pessoas idosas, e em torno de 18 mil idosos (28%) foram a óbito (Ministério da Saúde, [2023]).

Além da alta taxa de mortalidade, o AVC é considerado uma das principais causas de incapacidade na população idosa (WHO, 2020). Somado à perda da reserva fisiológica e do declínio das funções cognitivas, inerentes ao processo de envelhecimento, os idosos que sofrem um AVC acabam tendo mais limitações para o autocuidado após a alta hospitalar, necessitando de auxílio, sendo este, normalmente, oferecido pela própria família (Rodrigues *et al.*, 2013).

Os cuidadores informais, familiares e amigos, são os principais responsáveis pelo cuidado dos idosos que apresentam algum grau de dependência (WHO, 2017), envolvendo inúmeras tarefas, como apoio prático, emocional, financeiro e social (Dixe *et al.*, 2019). Um estudo transversal descritivo, realizado no Sul do Brasil, caracterizou cuidadores informais de idosos dependentes por AVC e identificou que as principais atividades de cuidado executadas foram: fornecer materiais e/ou apoio para alimentar-se, vestir-se e cuidar das medicações. As atividades que os cuidadores apresentaram maior dificuldade foram transferência e posicionamento, devido à falta de orientação quanto à postura adequada para realizá-las (Predebon *et al.*, 2021).

Na ausência de apoio para desenvolvimento dessas habilidades e conhecimentos, o cuidador familiar passa a experimentar uma diversidade de sentimentos, como culpa, raiva e impaciência. Muitos sentem-se na obrigação de cuidar do idoso, encarando a tarefa como um dever moral ou social pelos laços afetivos que os unem. Essa situação, associada ao cansaço e ao acúmulo de funções inerentes à rotina diária, faz com que o cuidador se sinta sobrecarregado e demonstra a existência de lacunas na qualidade do atendimento oferecido, para as famílias, após o AVC (Predebon *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2019; Fuhrmann *et al.*, 2015).

Nesse contexto, diferentes estratégias vêm sendo buscadas nos variados cenários de saúde e modelos assistenciais visando a transição segura do cuidado oferecido no hospital para o realizado no domicílio (Forster *et al.*, 2013; Kim *et al.*, 2012; Perrin *et al.*, 2010; Zhang; Zhang; Sun, 2019). Uma das estratégias proposta é a intervenção educativa, que se refere à ação de facilitar o aprendizado e/ou a aquisição de conhecimentos, habilidades e hábitos. No âmbito internacional, recomendações canadenses para a transição do cuidado do hospital para o

domicílio após um AVC indicam que a educação dos cuidadores familiares deve incluir o treinamento de técnicas de cuidados pessoais, como alimentação, transferência e posicionamento (Cameron *et al.*, 2016).

Estudos internacionais têm demonstrado que intervenções educativas direcionadas a cuidadores de idosos após um AVC auxiliam na redução da sobrecarga (Araújo *et al.*, 2018; Gok Ugur; Erci, 2019), na melhora da Qualidade de Vida (QV) do cuidador (Gok Ugur; Erci, 2019), têm impacto positivo na capacidade funcional e no comprometimento cognitivo dos sobreviventes de AVC (Zhang; Zhang; Sun, 2019) e na redução da necessidade de institucionalização destes (Shyu *et al.*, 2010).

Além destes desfechos, um estudo desenvolvido em Portugal (Araújo *et al.*, 2018), que ofereceu uma intervenção educativa, incluindo desde a prevenção de agravos do AVC até cuidados relacionados ao posicionamento, ao banho e à alimentação, avaliou a capacidade dos cuidadores para o desempenho dessas atividades no domicílio. Identificou que os cuidadores que receberam a intervenção demonstraram uma melhor capacidade de cuidado dos idosos. O conceito de “capacidade” adotado neste estudo, e que também será utilizado na presente investigação, provém da Teoria Social Cognitiva, na qual o autor traduz conhecimentos, habilidades e competências como resultado do termo “capacidade” (Bandura, 1997^a, 1997^b).

No cenário nacional, um ensaio clínico randomizado (ECR) denominado *Nursing Home Care Intervention Post Stroke* (SHARE), desenvolvido por pesquisadores da linha de pesquisa à qual a autora deste trabalho faz parte, conduziu uma intervenção educativa aos cuidadores familiares de idosos após AVC, no Município de Porto Alegre. A intervenção consistiu no acompanhamento sistemático de enfermeiras, por meio de três visitas domiciliares (VDs), no período de um mês após a alta hospitalar, para preparar os cuidadores para realização das atividades de vida diária (AVDs) do idoso, no suporte emocional e em orientações para a utilização dos serviços de saúde. Os desfechos primários foram a sobrecarga e a QV dos cuidadores; e os secundários, a capacidade funcional e a reinternação dos idosos (Bierhals *et al.*, 2023; Day *et al.*, 2021).

Os resultados do SHARE demonstraram aumento na sobrecarga total em ambos os grupos, porém o Grupo Intervenção (GI) apresentou menos isolamento. Os cuidadores do GI e do Grupo Controle (GC) não diferiram significativamente em termos de QV Geral, no entanto, a intervenção apresentou efeito estatisticamente significativo na QV dos cuidadores familiares no que diz respeito às relações sociais e autonomia. Os autores observaram algumas limitações decorrentes da escolha do delineamento do estudo que interferiram na generalização dos dados obtidos, a saber: (a) estritos critérios de inclusão; (b) a captação dos participantes realizada

somente em uma unidade de cuidados especiais a pacientes acometidos pelo AVC, onde recebiam acompanhamento diferenciado, de modo distinto de outros serviços; e (c) o fato de os desfechos avaliados serem consequência da intervenção oferecida, enquanto a habilidade dos cuidadores em realizar os cuidados não foi medida.

Ao finalizarem a investigação, os pesquisadores sugeriram outras composições de intervenção e a avaliação de outros desfechos, incluindo a capacidade dos cuidadores em realizar as atividades de cuidado (Bierhals *et al.*, 2023; Day *et al.*, 2021). Logo, ainda não se tem evidências, no contexto local, em condições mais próximas àquelas encontradas na prática do cuidado, se uma intervenção educativa baseada no desenvolvimento de habilidades e conhecimentos pode melhorar a capacidade dos cuidadores para realizar a atenção ao idoso.

Durante os últimos três anos, em função da Pandemia por doença do coronavírus 2019 (COVID-19), muitas atividades assistenciais e de pesquisa foram suspensas ou alteradas devido às medidas restritivas necessárias para o controle da doença. Neste período, identificou-se maior vulnerabilidade dos idosos, enquanto grupo etário com mais risco de morte, especialmente aqueles com comorbidades que vivem com doenças incapacitantes, como o AVC. Para suprir essa demanda, estratégias assistenciais e de pesquisa em ambientes virtuais têm se intensificado (Mattos *et al.*, 2021).

Estudo de revisão sistemática com metanálise buscou elucidar as evidências científicas relacionadas à utilização de e-Health (ferramentas e soluções digitais e/ou virtuais destinadas à saúde) na melhoria da QV de cuidadores informais de pacientes adultos dependentes por AVC. A análise, que incluiu 13 estudos pesquisados em 7 bancos de dados, no período entre 2009 e 2019, concluiu que houve uma tendência de melhora na saúde mental dos cuidadores; melhor capacidade para a resolução de problemas ligados ao cuidado; e a prevenção dos problemas decorrentes da sobrecarga (Andrades-González; Romero-Franco; Molina-Mula, 2021). Intervenções virtuais voltadas aos cuidadores são alternativas recentes que merecem ser mais bem testadas, especialmente no cenário nacional.

Nesse sentido, a presente investigação foi desenvolvida considerando a hipótese de que uma intervenção educativa virtual, estruturada por enfermeiros para cuidadores familiares de idosos após AVC, melhora a capacidade de cuidar, quando comparada às orientações de cuidado usuais. Pelo exposto, justifica-se a relevância desta pesquisa pelas contribuições que apresentará, pois pretende oferecer subsídios que demonstrem a efetividade de intervenções virtuais como meio de educação e desenvolvimento de habilidades para os cuidadores familiares de idosos após AVC. Ademais, explora alternativas de transição do cuidado compatíveis com o cenário atual pós-pandemia, além da otimização dos recursos, melhor

experiência do cuidado e melhor aproveitamento do tempo de trabalho dos enfermeiros, bem como evidencia e fortalece o seu papel central como educador de cuidadores nas ações de transição de cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar a efetividade de uma intervenção educativa virtual para cuidadores familiares, na capacidade de cuidarem de idosos após AVC, quando comparada com orientações usuais de cuidado, no período de três meses após alta hospitalar.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a) Construir e desenvolver um curso massivo, aberto e on-line (MOOC) para cuidadores familiares de idosos que sofreram AVC;
- b) verificar a sobrecarga dos cuidadores familiares e sua associação com a intervenção oferecida.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES FAMILIARES DE SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Considerando a complexidade e a variedade de componentes que compõem as intervenções visando a transição do cuidado, reconhece-se a importância de identificar aquelas mais viáveis e eficazes, para que este conhecimento científico possa ser aplicado na prática clínica, garantindo os melhores resultados para a população e gestores. Dessa forma, foi realizada uma busca da literatura visando identificar qual o conteúdo abordado nas intervenções de educação voltadas à capacitação dos cuidadores familiares de sobreviventes de AVC.

Para tal, a seguinte questão norteadora foi lançada: qual o conteúdo abordado nas intervenções de educação voltadas à capacitação dos cuidadores familiares de sobreviventes de AVC? Foi realizada busca nas bases de dados MEDLINE/PubMed, SciELO, Web of Science (WOS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). A estratégia de busca utilizando o Medical Subject Headings (MeSH) e/ou descritores em ciências da saúde (DeCS), combinando-os com os operadores booleanos AND e OR, de acordo com as especificações de cada base de dados, está evidenciada no Quadro 1. A busca integrou os artigos publicados entre 2010 e 2023 (período em que se observou maior número de publicações sobre o tema) nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram incluídos estudos com: a) desenhos de investigação experimental, quasi-experimental e ECRs que abordassem programas de intervenção com componentes educativos; b) estudos que tivessem como alvo da intervenção cuidadores familiares e os sobreviventes de AVC.

As publicações foram selecionadas através da (a) verificação inicial do título e resumo e (b) análise de texto completo. Fontes relevantes foram recuperadas na íntegra e exportadas para um software gerenciador de referências, o Mendeley®, os artigos duplicados foram identificados e excluídos. Foi utilizado um instrumento para a extração dos dados, que incluiu: delineamento, autoria, ano de publicação, país, intervenções aplicadas, participantes, instrumentos usados e desfechos avaliados.

Quadro 1 – Representação das estratégias e respectivas fórmulas de busca nas bases de dados. Porto Alegre, RS, 2023

BASE	ESTRATÉGIA DE BUSCA
MEDLINE/PubMed	(intervention OR intervenção) AND (stroke OR “acidente vascular cerebral”) AND (skills OR preparedness OR knowledge OR habilidades OR capacidade OR conhecimento) AND (“informal caregivers” OR “family caregivers” OR “cuidadores familiares” OR “cuidadores informais”)
WOS	(intervention OR intervenção) AND (stroke OR “acidente vascular cerebral”) AND (skills OR preparedness OR knowledge OR habilidades OR capacidade OR conhecimento) AND (“informal caregivers” OR “family caregivers” OR “cuidadores familiares” OR “cuidadores informais”)
SciELO	(intervention OR intervenção) AND (stroke OR acidente vascular cerebral) AND (caregivers OR cuidadores)
CINAHL	(intervention OR intervenção) AND (stroke OR “acidente vascular cerebral”) AND (skills OR preparedness OR knowledge OR habilidades OR capacidade OR conhecimento) AND (“informal caregivers” OR “family caregivers” OR “cuidadores familiares” OR “cuidadores informais”)

Fonte: elaborada pela autora.

Foram selecionadas 27 pesquisas que aplicaram programas estruturados de intervenções destinadas a cuidadores familiares de sobreviventes de AVC. O Quadro 2 sintetiza os estudos identificados na revisão, de acordo com o ano de publicação, país, tipo de estudo e número de participantes.

O Quadro 3 apresenta a síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com os objetivos deles, os desfechos avaliados, os instrumentos utilizados e os resultados encontrados. O Quadro 4 apresenta a síntese das intervenções aplicadas nos estudos encontrados nesta revisão.

Quadro 2 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com autor, ano e país de publicação, tipo de estudo e número de participantes. Porto Alegre, RS, 2023

(continua)

Estudo	País	Tipo de Estudo / Número de Participantes
Lin <i>et al.</i> (2022)	China	ECR / 140 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores familiares)
Elsheikh <i>et al.</i> (2022)	Egito	ECR / 110 cuidadores
Mulder <i>et al.</i> (2022)	Holanda	Protocolo de ECR / 74 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores)
Termoz <i>et al.</i> (2022)	França	Protocolo de ECR / 170 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores)
Silva e Boery (2021)	Brasil	Quasi-experimental / 37 cuidadores
Lou <i>et al.</i> (2021)	China	Protocolo de ECR / 300 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores)
Day <i>et al.</i> (2021)	Brasil	ECR / 48 cuidadores familiares
Gok Ugur e Erci (2019)	Turquia	Quasi-experimental / 86 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores)
Zhang, Zhang e Sun (2019) ⁹	China	ECR / 196 sobreviventes de AVC
Araújo <i>et al.</i> (2018)	Portugal	Quasi-experimental / 174 cuidadores informais
Bakas <i>et al.</i> (2015)	Estados Unidos da América	ECR / 254 cuidadores
Pfeiffer <i>et al.</i> (2014)	Alemanha	ECR / 122 cuidadores familiares
Forster <i>et al.</i> (2013)	Inglaterra	ECR / 928 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores)
Kim <i>et al.</i> (2012)	Coreia do Sul	Quasi-experimental / 73 cuidadores familiares
Perrin <i>et al.</i> (2010)	Estados Unidos da América	ECR / 61 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores)
Shyu <i>et al.</i> (2010)	Taiwan	Experimental / 158 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores familiares)
Mou, Lam, Chien (2023)	China	ECR / 162 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores familiares)
Bierhals <i>et al.</i> (2023)	Brasil	ECR / 48 cuidadores familiares
Eames <i>et al.</i> (2013)	Austrália	ECR / 138 participantes (sobreviventes de AVC e cuidadores)
Cameron <i>et al.</i> (2014)	Canadá	Protocolo de ECR / 300 cuidadores familiares
LeLaurin <i>et al.</i> (2021)	Estados Unidos da América	Estudo Piloto ECR / 53 cuidadores

Quadro 2 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com autor, ano e país de publicação, tipo de estudo e número de participantes. Porto Alegre, RS, 2023

(conclusão)

Estudo	País	Tipo de Estudo / Número de Participantes
McLennon <i>et al.</i> (2016)	Estados Unidos da América	ECR / 254 cuidadores de pessoas com AVC
Pitthayapong <i>et al.</i> (2017)	Tailândia	Quasi-experimental / 62 díades (cuidadores familiares e sobreviventes de AVC)
Azizi <i>et al.</i> (2020)	Iran	Quasi-experimental / 78 cuidadores familiares
Sánchez-Huamash e Cárcamo-Cavagnaro (2021)	Peru	Pré e pós-teste / 10 cuidadores
Demir e Gözüim (2021)	Turquia	Protocolo de ECR / 70 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores)
Cheng, Chair e Chau (2018)	Hong Kong	ECR / 128 díades (sobreviventes de AVC e cuidadores)

Fonte: elaborada pela autora.

Quadro 3 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com os objetivos, os desfechos avaliados, os instrumentos utilizados e os achados. Porto Alegre, RS, 2023

(continua)

Estudo	Objetivos	Desfechos	Instrumentos	Achados
Lin <i>et al.</i> (2022)	Avaliar os efeitos de um programa de coaching de saúde liderado por enfermeiros para sobreviventes de AVC e familiares cuidadores na transição hospital-domicílio.	Autoeficácia e QV do sobrevivente; sobrecarga do cuidador	SSEQ ¹ SSQoL-12 ² CSI ³	Melhorou os resultados de saúde para os sobreviventes de AVC e seus cuidadores
Elsheikh <i>et al.</i> (2022)	Avaliar a eficácia de uma intervenção multidimensional na redução da sobrecarga de cuidadores familiares de sobreviventes de AVC.	Sobrecarga do cuidador	ZBI ⁴ WHOQOL-BREF ⁵	Os participantes do GI não apresentaram melhora nos desfechos principais
Mulder <i>et al.</i> (2022)	Investigar os efeitos de um programa de exercícios mediado pelo cuidador, além dos cuidados habituais, na recuperação da mobilidade nos primeiros 6 meses pós-AVC.	Mobilidade, preparo para transição do cuidado e sobrecarga do cuidador	SIS ⁶ PCS ⁷ TPS ⁸ CSI ³	Estudo de divulgação do protocolo de pesquisa
Termoz <i>et al.</i> (2022)	Avaliar o impacto de um programa de transição de cuidados pós-AVC no nível de participação do paciente, em comparação com os cuidados habituais.	Participação do sobrevivente de AVC	SIS ⁶	Estudo de divulgação do protocolo de pesquisa

Quadro 3 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com os objetivos, os desfechos avaliados, os instrumentos utilizados e os achados. Porto Alegre, RS, 2023

(continuação)

Estudo	Objetivos	Desfechos	Instrumentos	Achados
Silva e Boery (2021)	Analisar a efetividade de uma intervenção de apoio na sobrecarga e no estresse de cuidadores familiares e no grau de independência dos sobreviventes de AVC.	Sobrecarga do cuidador	ZBI ⁴ EEP ⁹	Reduziu a sobrecarga e o estresse dos cuidadores familiares
Lou <i>et al.</i> (2021)	Descrever um protocolo de intervenção de gestão de cuidados em dois níveis orientada para melhorar o funcionamento familiar e a capacidade para o cuidado dos cuidadores de sobreviventes de AVC.	Capacidade de funcionamento familiar do cuidador	FRPS ¹⁰ , FADGFS ¹¹	Estudo de divulgação do protocolo de pesquisa
Day <i>et al.</i> (2021)	Avaliar o efeito de uma intervenção de enfermagem domiciliar sobre a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos sobreviventes de AVC.	Sobrecarga e QV do cuidador	CBS ¹² WHOQOL-OLD ¹³	Efeito positivo na sobrecarga no domínio “Isolamento”
Gok Ugur e Erci (2019)	Determinar o efeito de assistência domiciliar e educação fornecida para pacientes pós-AVC e seus cuidadores na sobrecarga e QV do cuidador.	Sobrecarga e QV do cuidador	CBS ¹² SF-36 ¹⁴	Diminuiu a sobrecarga do cuidador e aumentou sua QV
Zhang, Zhang e Sun (2019)	Avaliar o efeito de um programa de educação intensiva do cuidador na redução do comprometimento cognitivo, ansiedade e depressão em pacientes pós-AVC.	Comprometimento cognitivo, ansiedade e depressão dos sobreviventes de AVC	MMSE ¹⁵ , MoCA ¹⁶ , HADS-A/ HADS-D ¹⁷ , SAS ¹⁸ , SDS ¹⁹	Reduziu efetivamente o comprometimento cognitivo, a ansiedade e depressão
Araújo <i>et al.</i> (2018)	Avaliar se o treinamento em habilidades práticas na prestação de cuidados reduz a sobrecarga e melhora o estado de saúde geral dos cuidadores informais de pessoas idosas sobreviventes ao AVC.	Capacitação e sobrecarga do cuidador	QASCI ²⁰ , ECPICID-AVC ²¹	Melhores resultados em relação às habilidades de cuidado e níveis mais baixos de sobrecarga
Bakas <i>et al.</i> (2015)	Avaliar a eficácia do Telephone Assessment and Skill-Building Kit (TASK II), uma intervenção liderada por enfermeiros que permite aos cuidadores construírem competências com base na avaliação das suas próprias necessidades.	Sintomas depressivos, mudanças de vida, e dias pouco saudáveis do cuidador	BCOS ²² PHQDSS ²³	Reduziu sintomas depressivos e melhorou as mudanças de vida para os cuidadores com sintomas depressivos graves
Pfeiffer <i>et al.</i> (2014)	Examinar a eficácia de uma intervenção de resolução de problemas (Problem-solving intervention – PSI) para cuidadores de sobreviventes de AVC que prestam cuidados há, pelo menos, 6 meses e que apresentam sobrecarga.	Sintomas depressivos e capacitação do cuidador	SCQ ²⁴ CESDS ²⁵	O grupo PSI mostrou níveis menores de sintomas depressivos, mas não melhor percepção de competência para o cuidado

Quadro 3 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com os objetivos, os desfechos avaliados, os instrumentos utilizados e os achados. Porto Alegre, RS, 2023

(continuação)

Estudo	Objetivos	Desfechos	Instrumentos	Achados
Forster <i>et al.</i> (2013)	Investigou o programa de treinamento para cuidadores London Stroke Carers Training Course (LSCTC) sobre os resultados físicos e psicológicos, e custo-benefício, para pacientes após AVC e cuidadores.	Sobrecarga do cuidador e capacidade funcional do sobrevivente de AVC	CBS ¹² NEADL ²⁶	Não se evidenciaram diferenças entre o GI e GC
Kim <i>et al.</i> (2012)	Desenvolver e avaliar a eficácia de um programa de intervenção em grupo no hospital e de teleatendimento individual domiciliar para reduzir a sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes com AVC	Sobrecarga do cuidador	CBI ²⁷	A intervenção foi custo-efetiva e reduziu a sobrecarga dos cuidadores familiares
Perrin <i>et al.</i> (2010)	Desenvolver e implementar a Transition Assistance Program (TAP) para cuidadores de pessoas com AVC	Sobrecarga e depressão do cuidador	CS ²⁸ CS ^{t29} CD ³⁰ VFS ³¹	Reduziu a sobrecarga e a depressão dos cuidadores e melhorou a capacidade funcional dos sobreviventes de AVC
Shyu <i>et al.</i> (2010)	Explorar os efeitos a longo prazo de um programa de preparação para a alta direcionado a cuidadores familiares de pacientes idosos com AVC	Capacitação do cuidador	FCCI ³²	A intervenção melhorou a qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores e diminuiu a probabilidade de institucionalização dos sobreviventes
Mou, Lam, Chian (2023)	Examinar os efeitos da intervenção psicoeducacional focada na família (Family-focused dyadic psychoeducational intervention – FDPEI)	Funcionamento do sobrevivente de AVC; sobrecarga e competência do cuidador	SIS ⁶ , CBI ²⁷ CCS ³³	Redução significativa na sobrecarga e melhora na competência para cuidar do cuidador. Efeitos não significativos no funcionamento do sobrevivente de AVC
Bierhals <i>et al.</i> (2023) ¹	Avaliar o efeito de intervenção educativa domiciliar de enfermagem na QV de cuidadores familiares de idosos sobreviventes de AVC	QV do cuidador e do sobrevivente	WHOQOL-BREF ⁵ WHOQOL-OLD ¹³	Efeito estatisticamente significativo na QV dos cuidadores familiares nas relações sociais e autonomia, mas não na QV geral
Eames <i>et al.</i> (2013)	Avaliar os efeitos de um pacote educacional no conhecimento, saúde e resultados psicossociais de pacientes com AVC e cuidadores	Conhecimento, autoeficácia, ansiedade, depressão, satisfação com as informações e sobrecarga do cuidador; QV do paciente	KSQ ³⁴ SeP ³⁵ SMB ³⁶ HADS-A/HADS-D ¹⁷ SAQOL-39g ³⁷	O GI teve maior autoeficácia para acessar informações sobre AVC e satisfação com a informação, mas outros resultados não foram significativamente afetados
Cameron <i>et al.</i> (2014) ⁽³²⁾	Determinar se a intervenção Timing it Right Stroke Family Support Program (TIRSFSP) aplicada na continuidade dos cuidados de AVC melhora a sensação de apoio e o bem-estar emocional dos cuidadores	Depressão, apoio social, bem-estar psicológico, conhecimento, sensação de controle sobre a vida, impacto dos cuidados na vida cotidiana do cuidador	MOSSSS ³⁸ PAS ³⁹ CESDS ²⁵ CIS ⁴⁰ CAS ⁴¹ SKT ⁴² PMS ⁴³ CNS ⁴⁴ BI ⁴⁵	Estudo de divulgação do protocolo de pesquisa

Quadro 3 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com os objetivos, os desfechos avaliados, os instrumentos utilizados e os achados. Porto Alegre, RS, 2023

(continuação)

Estudo	Objetivos	Desfechos	Instrumentos	Achados
LeLaurin <i>et al.</i> (2021)	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade da intervenção de suporte e solução de problemas por internet e telefone - The Resources and Education for Stroke Caregivers' Understanding and Empowerment (RESCUE) para cuidadores de sobreviventes de AVC	Recrutamento, retenção, aceitabilidade, sintomas depressivos e sobrecarga do cuidador	CESDS ²⁵ ZBI ⁴ Entrevistas qualitativas.	Os resultados indicaram que a intervenção RESCUE é viável e aceitável para cuidadores
McLennon <i>et al.</i> (2016)	Comparar a fidelidade do tratamento entre braços da intervenção TASK II e Information, Support and Referral (ISR)	Adesão ao protocolo, dosagem da intervenção, perspectivas do enfermeiro intervencionista	<i>Checklist</i> TASK II (monitoramento da adesão). Minutos que os cuidadores dedicaram lendo materiais e conversando com a enfermeira. Grupo focal com as enfermeiras.	Os achados fundamentam a fidelidade do tratamento em ambos os braços do estudo
Pitthayapong <i>et al.</i> (2017)	Avaliar a eficácia do programa de cuidados pós-AVC dentro do ambiente comunitário	Habilidades de cuidado do cuidador, capacidade funcional e complicações de saúde dos sobreviventes de AVC	PSCSC ⁴⁶ PSPCS ⁴⁷	Melhorou as habilidades de cuidados dos cuidadores familiares, melhora do estado funcional e diminuição de complicações entre pacientes pós-AVC.
Azizi <i>et al.</i> (2020)	Avaliar a eficácia de uma intervenção de suporte informativo sobre o nível de ansiedade de cuidadores familiares de pacientes hemiplégicos com AVC	Estado e traços de ansiedade do cuidador	STAI ⁴⁸	Redução do estado de ansiedade em cuidadores familiares de pacientes com AVC.
Sánchez-Huamash e Cárcamo-Cavagnaro (2021)	Avaliar o efeito de vídeos educacionais para melhorar as habilidades práticas e o conhecimento de cuidadores informais de pacientes com AVC	Habilidades, conhecimentos e satisfação do cuidador	<i>Checklist</i> para avaliar habilidades práticas, questionário para avaliar conhecimento e satisfação.	Melhorou as habilidades práticas e o conhecimento dos cuidadores

Quadro 3 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com os objetivos, os desfechos avaliados, os instrumentos utilizados e os achados. Porto Alegre, RS, 2023

(conclusão)

Estudo	Objetivos	Desfechos	Instrumentos	Achados
Demir e Gözümlü (2021)	Avaliar o efeito de intervenções baseadas em modelos de cuidados transicionais, Transitional Care Model Stroke Turkey (TEMpEST) para pacientes com AVC e seus cuidadores	Competência percebida, preparação para cuidar, alfabetização eletrônica em saúde e sobrecarga do cuidador; taxa de readmissões hospitalares e lesões por pressão do sobrevivente	CCS ³³ PCS ⁷ e-HLS ⁴⁹ MBI-GF ⁵⁰ SUS ⁵¹ Visita ao pronto-socorro e lesões por pressão após a alta.	Estudo de divulgação do protocolo de pesquisa
Cheng, Chair e Chau (2018)	Avaliar a eficácia de um programa psicoeducacional orientado para o cuidador	Competência para cuidado, capacidade de resolução de problemas, sintomas depressivos, sobrecarga no funcionamento familiar, apoio social e saúde física do cuidador	CCS ³³ PSI ⁵² CESDS ²⁵ CS ^t ²⁹ SSQ ⁵³ SF-12 v2 ⁵⁴	O grupo de intervenção em termos de competência de cuidado, capacidade de resolução de problemas, satisfação com o apoio social, funcionamento familiar e um menor nível de sobrecarga três meses após a intervenção.

Fonte: elaborada pela autora.

¹SSEQ - Stroke Self Efficacy Questionnaire; ²SSQoL-12 - Stroke Specific Quality of Life Scale; ³CSI - Modified Caregiver Strain Index; ⁴ZBI - Zarit Burden Interview; ⁵WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life-BREF; ⁶SIS - Stroke Impact Scale; ⁷PCS - Preparedness for Caregiving Scale; ⁸TPS - Transition Preparedness Scale; ⁹EEP - Escala de Estresse Percebido; ¹⁰FRPS - Family Role Performance Scale; ¹¹FADGFS - Family Assessment Device-General Functioning Scale; ¹²CBS - Caregiver Burden Scale; ¹³WHOQOL-OLD - World Health Organization Quality of Life- OLD; ¹⁴SF-36 - Quality of Life Scale; ¹⁵MMSE - Mini Mental State Examination; ¹⁶MoCA - Montreal Cognitive Assessment; ¹⁷HADS-A/ HADS-D - Hospital Anxiety and Depression Scale; ¹⁸SAS - Self-rating Anxiety Scale; ¹⁹SDS - Self-rating Depression Scale; ²⁰QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal; ²¹ECPICID-AVC - Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados de Idosos Dependentes por AVC; ²²BCOS - Bakas Caregiving Outcomes Scale; ²³PHQDSS - Patient Health Questionnaire Depressive Symptom Scale; ²⁴SCQ - Sense of Competence Questionnaire; ²⁵CESDS - Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale; ²⁶NEADL - Nottingham Extended Activities of Daily Living; ²⁷CBI - Caregiving Burden Instrument; ²⁸CS - Caregiver Satisfaction; ²⁹CSt - Caregiver Strain; ³⁰CD - Caregiver Depression; ³¹VFS - Veteran Functional Status; ³²FCCI - Family Caregiving Consequence Inventory; ³³CCS - Caregiving Competence Scale; ³⁴KSQ - Knowledge of Stroke Questionnaire; ³⁵SeP - Self-efficacy to Perform; ³⁶SMB - Self-Management Behaviour; ³⁷SAQOL-39g - Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39; ³⁸MOSSSS - Medical Outcomes Study Social Support Scale; ³⁹PAS - Positive Affect Scale; ⁴⁰CIS - Caregiving Impact Scale; ⁴¹CAS - Caregiving Assistance Scale; ⁴²SKT - Stroke Knowledge Test; ⁴³PMS - Pearlin's Mastery Scale; ⁴⁴CNS - Canadian Neurological Scale; ⁴⁶PSCSC - Post-stroke Care Skills Checklist; ⁴⁷PSPCS - Post-stroke Patient Complications Checklist; ⁴⁸STAI - Spielberger Scale; ⁴⁹e-HLS - e-Health literacy scale; ⁵⁰MBI-GF - Maslach Burnout Inventory-General Form; ⁵¹SUS - System Usability Scale; ⁵²PSI - Problem Solving Inventory; ⁵³SSQ - Six-item Social Support Questionnaire; ⁵⁴SF-12 v2 - General Functioning subscale of the Family Assessment Device The Chinese (Hong Kong).

Quadro 4 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com a intervenção, a duração e o período de aplicação da intervenção. Porto Alegre, RS, 2023
(continua)

Estudo	Controle	Intervenção	Duração / Período
Lin <i>et al.</i> (2022)	Plano de alta usual, que consistia em educação em saúde antes da alta e 2 ligações telefônicas de acompanhamento após a alta.	Programa de coaching liderado por enfermeiros com 2 etapas: 1ª sessões de coaching antes da alta com 6 componentes: 1) estabelecimento de metas para a transição de cuidados; (2) aprimorar e melhorar as habilidades de autocuidado; (3) modificação do ambiente doméstico; (4) melhora da funcionalidade; (5) gerenciar medicamentos; (6) gestão e prevenção de eventos adversos decorrentes do AVC; 2ª etapa foi um follow-up de 12 semanas, com ligações semanais e encontros presenciais quinzenais.	12 semanas/ Pré e Pós-alta
Elsheikh <i>et al.</i> (2022)	O GC recebeu instruções educativas simples em uma única visita domiciliar (VD).	Intervenção conduzida por enfermeiras que considerou as necessidades percebidas dos cuidadores em 3 dimensões baseadas em evidências: psicoeducação; desenvolvimento de habilidades; e apoio entre os pares. O GI recebeu 3 VDs, 6 telefonemas e 1 sessão de apoio entre pares, para que os cuidadores pudessem trocar experiências.	6 meses/ Pós-alta
Mulder <i>et al.</i> (2022)	Os participantes receberão fisioterapia no hospital e ambulatorial. As sessões visam melhorar o equilíbrio em pé, condição física e competência para andar. Sem acesso ao Armed4Stroke.	ARMED4STROKE intervenção multicêntrica, liderada por fisioterapeutas. Os participantes serão captados nos primeiros 3 meses pós-AVC. GI receberá um programa de treinamento contendo exercícios de marcha, equilíbrio e atividades ao ar livre, 5 vezes por semana, durante 30 minutos cada sessão, apoiados por um sistema de telerreabilitação web com vídeos de instrução e um ambiente de mensagens para comunicação com fisioterapeuta.	8 semanas/ Pré e pós-alta
Termoz <i>et al.</i> (2022)	O relatório de alta hospitalar é entregue ao paciente na alta e enviado ao médico. As prescrições são explicadas ao paciente e, se necessário, um assistente social ou terapeuta ocupacional pode ajudar o paciente e cuidador com adaptações no domicílio.	NAVISTROKE é uma intervenção multiprofissional, conduzida em 2 centros na França com pacientes adultos que tiveram um primeiro AVC confirmado e receberam alta. O conteúdo da intervenção será definido usando uma abordagem centrada nos pacientes, cuidadores, profissionais de saúde e assistentes sociais. O GI receberá suporte telefônico por um gerente de caso treinado e acesso a uma plataforma interativa na internet de informações durante os 12 meses após o retorno para casa.	12 meses/ Pós-alta
Silva e Boery, (2021)	Atendimentos de rotina nas unidades de saúde. Não receberam atendimento de qualquer profissional que participou da intervenção.	Intervenção realizada por equipe multiprofissional em 2 componentes: o individual, com psicoterapia para o cuidador; e o grupal, através de rodas de conversa temáticas, com o intuito de oferecer orientações e treinamento sobre o cuidado a ser realizado no domicílio, com sessões mensais de 2h durante 8 meses.	8 meses/ Pós-alta

Quadro 4 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com a intervenção, a duração e o período de aplicação da intervenção. Porto Alegre, RS, 2023

(continuação)

Estudo	Controle	Intervenção	Duração / Período
Lou <i>et al.</i> (2021)	Recebe uma avaliação psicossocial conduzida por voluntários e educação por 2-3 meses. Os gerentes de caso não fornecem intervenção direta para esse grupo.	Intervenção conduzida por um gerente de caso (1º nível) com o apoio de voluntários treinados (2º nível). Duração de 8 a 12 semanas, individualizada, determinando o plano de cuidados que envolve 6-10 sessões semanais, de 60-90 min, nas casas dos cuidadores ou sobreviventes de AVC, abordando temas como estresse, resolução de problemas, informações sobre AVC, habilidades de cuidado e reabilitação.	8 a 12 semanas / Pós-alta
Day <i>et al.</i> (2021)	O GC foi orientado a manter seu acompanhamento de saúde usual em serviços de saúde públicos e/ou privados e não recebeu intervenção.	O SHARE é uma intervenção educativa aos cuidadores familiares de idosos após AVC através de acompanhamento de enfermeiras, por meio de 3 VDs no período de um mês após a alta hospitalar. A intervenção consistiu no preparo dos cuidadores para realização das AVDs do idoso, no suporte emocional e em orientações para a utilização dos serviços de saúde.	1 mês/Pós-alta
Gok Ugur e Erci (2019)	Nenhuma intervenção de enfermagem foi realizada ao GC. Porém, estes utilizaram os serviços “home care” quando necessitaram.	Cuidado domiciliar oferecido por enfermeiras e educação de cuidadores, cada paciente do GI recebeu 5 VDs, a cada 15 dias, por cerca de 40 min, durante as quais foram ofertados os cuidados de enfermagem, com base nas AVDs, enquanto os cuidadores recebiam treinamento. No final de cada sessão, mais 30 min eram dedicados ao cuidador para conversa e apoio.	10 semanas/ Pós-alta
Zhang, Zhang e Sun (2019)	Os cuidadores receberam materiais educativos e orientação em 2 sessões de instrução durante a internação, fornecidas por enfermeira. Após alta, foram acompanhados por telefonemas a cada 3 meses, quando a enfermeira perguntava sobre as condições do paciente, fornecia orientações.	A intervenção Intensive Caregiver Education Program (ICEP) consistiu em 2 fases: a hospitalar, quando enfermeiras ministraram sessões educativas, pessoalmente, uma vez por semana por 1 hora; e a fase iniciada 7 dias após a alta, quando os cuidadores eram convidados ao hospital a cada 2 semanas para receber sessões educativas individualizadas, com duração de 90 minutos, também ministradas por enfermeiras. Após cada sessão, tanto na fase de hospitalização quanto na fase pós, destinava-se 30 minutos adicionais para apoio emocional, bem como ajudar a aumentar a confiança e resolver problemas e dificuldades.	12 meses/ Pré e pós-alta
Araújo <i>et al.</i> (2018)	Atividades de rotina das unidades de saúde comunitárias que englobavam VDs, de acordo com a necessidade dos cuidadores e pacientes.	A intervenção Intervention in Informal Caregivers who take Care of Older People after a Stroke (InCARE) consistiu no treinamento do cuidador para as técnicas de mobilização, banho, transferência, posicionamento e alimentação, oferecidas no domicílio do paciente por uma equipe multidisciplinar das unidades de saúde comunitárias durante 3 VDs: em uma semana, em um mês e em três meses após a alta hospitalar. Ainda receberam suporte desses profissionais por contato telefônico em 3, 6, 8 e 10 semanas após a alta. O estudo foi liderado por enfermeiras.	3 meses/ Pós-alta

Quadro 4 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com a intervenção, a duração e o período de aplicação da intervenção. Porto Alegre, RS, 2023

(continuação)

Estudo	Controle	Intervenção	Duração / Período
Bakas <i>et al.</i> (2015)	O controle ISR recebia um panfleto da American Heart Association (AHA) e 8 ligações semanais de uma enfermeira e uma chamada de reforço na 12ª semana, para prover suporte através de escuta ativa.	Na intervenção TASK II, iniciada após 8 semanas da alta, além do panfleto da AHA, era fornecido um guia que incluía as principais necessidades do cuidador (informações sobre o AVC, prover cuidado físico e instrumental, identificar sintomas depressivos e manejar o estresse). Este grupo também recebeu 8 ligações semanais de uma enfermeira com uma chamada de reforço na 12ª semana. As ligações eram focadas em treiná-los para identificar e priorizar suas necessidades, localizando a dica correspondente no guia fornecido e utilizando estratégias de construção de habilidades.	12 semanas/ Pós-alta
Pfeiffer <i>et al.</i> (2014)	O GC recebeu cartas informativas mensais, além dos cuidados habituais.	A intervenção PSI foi desenvolvida por psicólogos e composta por 2 VDs de, no máximo, 150 minutos, e 18 ligações telefônicas limitadas a 60 minutos cada uma, ao longo de uma intervenção intensiva de 3 meses e um período de manutenção de 9 meses. A intervenção baseou-se em um modelo de resolução de problemas. O grupo PSI também recebeu cartas informativas mensais.	9 meses/ Pós-alta
Forster <i>et al.</i> (2013)	O GC recebeu o cuidado usual de acordo com os protocolos nacionais de AVC.	A intervenção LSCTC foi realizada por equipes multidisciplinares e consistiu no ensino de técnicas e habilidades de cuidado para prevenção de agravos da doença, posicionamento, mobilidade, transferência, cuidados com as eliminações e com a alimentação. As sessões duravam de 30 a 45 minutos e aconteceram entre 3 e 5 vezes no hospital, sendo complementadas por uma sessão de acompanhamento após a alta.	Não informado /Pré e pós-alta
Kim <i>et al.</i> (2012)	Antes da alta hospitalar, os cuidadores receberam palestras educativas em grupo, ministradas por enfermeiras, que usaram o recurso do powerpoint para a apresentação elaborada pelos pesquisadores.	Antes da alta hospitalar, os cuidadores do GI receberam palestras educativas em grupo, ministradas por enfermeiras, que usaram o recurso do PowerPoint®. Após a alta, foi ofertada uma intervenção individual de teleatendimento durante 3 meses (duas vezes por semana durante o 1º mês após a alta, uma vez durante o 2º mês e 2 vezes por semana durante o 3º mês). A abordagem consistiu na identificação das necessidades da família, fornecendo informações ou reeducação, além de apoio emocional e social.	3 meses/ Pré e pós-alta
Perrin <i>et al.</i> (2010)	O GC receber o cuidado usual (sem descrição)	A intervenção TAP formada por 3 componentes (desenvolvimento de habilidades, educação e suporte para resolução de problemas) foi desenvolvida por equipe multiprofissional e iniciou pouco antes da alta hospitalar, incluindo uma reunião presencial com os cuidadores antes da alta, além de 4 chamadas de vídeo na 1ª, 2ª, 4ª e 6ª semana após a alta.	6 semanas/ Pré e pós-alta

Quadro 4 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com a intervenção, a duração e o período de aplicação da intervenção. Porto Alegre, RS, 2023

(continuação)

Estudo	Controle	Intervenção	Duração / Período
Shyu <i>et al.</i> (2010)	De maneira inconsistente o GC tinha as suas necessidades para a alta em 48h após a admissão hospitalar, não há descrição de outros cuidados.	A intervenção, conduzida por enfermeiras, consistiu em um programa de planejamento de alta orientado para o cuidador durante a internação hospitalar, com sessões de treinamento de habilidades para o cuidado e aconselhamento para os cuidadores. Foram realizadas VDs durante as semanas 1 e 3 após a alta para detectar e resolver problemas ou verificar as habilidades dos cuidadores.	Internação até um mês após a alta/ Pré e pós-alta
Mou, Lam, Chian (2023)	Os cuidados habituais centravam-se nos tratamentos e cuidados prestados por médicos, enfermeiros e serviços de reabilitação. Esse grupo recebeu 1 ou 2 encontros de educação em saúde sobre gerenciamento de estilo de vida, fornecido por enfermeiros ou outros profissionais de saúde.	O programa FDPEI foi ministrado por uma enfermeira com experiência em AVC. A Parte I visou preparar para a transição do hospital para a casa. Inclui 3 sessões: sessão 1 – “conhecendo o AVC”; sessão 2 - “adaptação para o cuidado e autocuidado no cotidiano”; sessão 3 – “atendimento psicológico”. As sessões aconteciam dentro de 1 semana pré-alta hospitalar com duração de 60 minutos cada. A Parte II concentrou-se em encorajar as díades a identificarem angústias ou dificuldades pós-AVC e motivá-las a lidar com essas dificuldades, fornecendo aconselhamento pós-alta, com 4 telefonemas semanais, cada um com duração de 30 minutos. Um livreto informativo, incluindo o conteúdo educacional da Parte I, foi usado como material de referência para as díades.	3 meses/ Pré e pós-alta
Bierhals <i>et al.</i> (2023)	Receberam os cuidados habituais da equipe multiprofissional e foram acompanhados pela rede de serviços de saúde, que normalmente incluem informações gerais sobre a doença e aspectos inerentes ao cuidado, como administração de medicamentos e nutrição.	O GI recebeu os cuidados habituais e a intervenção SHARE, que incluiu 3 VDs de duas enfermeiras treinadas, aproximadamente 14, 21 e 30 dias após a alta. As enfermeiras se engajaram em um processo dialógico com os cuidadores, estimulando o pensamento reflexivo. Os cuidadores foram questionados sobre seus sentimentos, dúvidas e recursos disponíveis para realizar o cuidado. As enfermeiras adaptavam suas explicações sobre como os cuidados poderiam ser melhor prestados no domicílio.	1 mês/ Pós-alta
Eames <i>et al.</i> (2013)	Cuidados padrão da unidade de AVC (avaliação médica, de enfermagem) que incluem educação verbal e aconselhamento.	Intervenção realizada por terapeuta ocupacional, que consistia em: (1) um livreto de informações personalizado e gerado por computador, os participantes escolheram tópicos de uma lista de 34 itens e o nível de detalhe desejado da informação; (2) reforço verbal das informações até três vezes antes da alta em sessões presenciais; (3) contato telefônico mensal, durante 3 meses. As ligações visavam avaliar o conhecimento, explorar barreiras e formas de superar, além de corrigir informações erradas. Foi disponibilizado um telefone para que os participantes pudessem ligar se houvesse dúvidas.	3 meses/ Pré e pós-alta

Quadro 4 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com a intervenção, a duração e o período de aplicação da intervenção. Porto Alegre, RS, 2023

(continuação)

Estudo	Controle	Intervenção	Duração / Período
Cameron <i>et al.</i> (2014)	No braço 3, os cuidadores receberam uma cópia do programa “Vamos falar sobre o AVC”, que fornece informações gerais para educar as famílias sobre o que é um AVC, opções de tratamento, prevenção e impacto na saúde e bem-estar dos sobreviventes.	Intervenção realizada por um profissional de saúde com experiência no cuidado de AVC. A intervenção do braço 1 consiste no guia TIRSFSP: cada capítulo fornece orientações para os cuidadores, além de suporte emocional e uma seção chamada “com quem falar para obter ajuda” (estratégias para obter ajuda e apoio da família e dos amigos). Na intervenção do braço 2, os cuidadores farão a autogestão do guia. Um profissional de apoio se reunirá com o cuidador para instruí-los no uso do guia, além de oferecer uma visão geral dos princípios de autogestão.	12 meses/ Pré e pós-alta
LeLaurin <i>et al.</i> (2021)	Os participantes do GC “padrão” não receberam nenhuma intervenção, mas tiveram acesso aos recursos existentes.	Intervenção de dois braços, ministrada por enfermeiros, para verificar o efeito de diferentes doses da intervenção. A base da intervenção é o site RESCUE, que inclui as seções: (1) fichas informativas para cuidadores, (2) lista de recursos adicionais; (3) autogestão; (4) glossário de termos relacionados ao AVC; (5) depoimentos; (6) módulo de treinamento; e (7) diário de resolução de problemas. Intervenção realizada por telefone em 4 ou 8 sessões semanais com duração de 30-60 minutos cada, adaptadas aos problemas específicos de cada cuidador. No grupo “de atenção”, os enfermeiros incitavam os cuidadores a discutir experiências de cuidado. As sessões duraram de 20-30 minutos.	8 semanas/ Pós-alta
McLennon <i>et al.</i> (2016)	Recebeu o folheto padrão da AHA, com orientações de atividades e desenvolvimento de habilidades para cuidadores familiares.	Recebiam um guia de recursos do TASK II. Depois da alta, os cuidadores recebiam 1 ligação por semana, por 8 semanas, realizadas por enfermeiras. Uma ligação de reforço era realizada na 12ª semana. As ligações eram gravadas para que houvesse autoavaliação e comparação. Além disso, recebiam um panfleto da AHA. Nas ligações, eram avaliadas as necessidades de cuidados do paciente e realizavam a capacitação do cuidador.	12 semanas/ Pós-alta
Pitthayapong <i>et al.</i> (2017)	Cuidados de rotina dos centros de saúde. A enfermeira visitava os pacientes pelo menos uma vez no primeiro mês pós-alta e fazia avaliação da condição de saúde, fornecendo sugestões de melhoria.	A intervenção, feita por enfermeiros, consistia em sessões que visavam aumentar as habilidades comportamentais dos cuidadores com base em informação e motivação. Dividida da seguinte forma: semana 1- informação pós-AVC (duração de 5 dias, 2 horas por dia); semanas 2 e 3 - revisão de todos os tópicos anteriores e retorno dos familiares sobre as habilidades aprendidas (2 horas); semana 4 - VD para realizar avaliação da intervenção; semana 8 - VD para incentivar e orientar.	8 semanas/ Pós-alta

Quadro 4 – Síntese dos estudos identificados na revisão, de acordo com a intervenção, a duração e o período de aplicação da intervenção. Porto Alegre, RS, 2023

(conclusão)

Estudo	Controle	Intervenção	Duração / Período
Azizi <i>et al.</i> (2020)	O GC recebia cuidados de rotina e apoio (sem descrição).	A intervenção foi feita por enfermeira. Os cuidadores recebiam sessões de treinamento de 2 horas com método expositivo e sessão de perguntas e respostas em grupo, em dias alternados até o 9º dia de internação. Também tiveram duas sessões de apoio ao paciente à beira do leito de até 1 hora. Receberam cartilhas no primeiro dia de intervenção sobre os cuidados aos pacientes.	10 dias/ Pré-alta
Sánchez-Huamash e Cárcamo-Cavagnaro (2021)	Não tem GC	A intervenção foi realizada por meio de 8 vídeos educativos com temas sobre posicionamento, mobilização e transferências, implementados em 3 etapas. No 1º e 2º dia, os cuidadores deveriam assistir 3 vídeos; no 3º dia, 2 vídeos. Os profissionais eram fisioterapeutas, geriatras, neurologistas e comunicadores. Foram distribuídos tablets para a visualização do material com 30 minutos de duração.	3 dias/ Pós-alta
Demir e Gözümlü (2021)	O GC receberá cuidados de rotina. Após o período da pesquisa, o site educativo é disponibilizado para este grupo.	Intervenção, feita por enfermeiros, composta por 3 entrevistas presenciais no hospital e educação à distância por internet e telefone durante 3 meses, além de 1 VD em até 7 dias pós-alta. O pesquisador irá ligar para o cuidador todos os dias nos primeiros 7 dias em casa por pelo menos 1 hora. Eles terão acesso a um site com tópicos sobre: AVC; guia de cuidados; situações de emergência; perguntas e respostas; imagens, gráficos e vídeos. O sistema do site registra quando, quanto tempo e quantas vezes o cuidador acessou.	3 meses/ Pré e pós-alta
Cheng, Chair e Chau (2018)	Cuidados de rotina oferecidos nos serviços de reabilitação e folhetos informativos sobre AVC fornecidos por enfermeiros.	A intervenção era realizada por equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional), que ofereceu um programa educativo por 26 semanas (2 sessões pré-alta presenciais de 45 minutos e 6 sessões quinzenais de 30 minutos por telefone pós-alta). Um livro era fornecido aos cuidadores com conteúdos divididos em 3 partes: informações relacionadas ao AVC, cuidados do sobrevivente em casa, e como o cuidador pode cuidar de si.	26 semanas/ Pré e pós-alta

Fonte: elaborada pela autora.

Após a análise dos estudos, foi possível evidenciar diferentes abordagens utilizadas para a educação de cuidadores de sobreviventes de AVC. As diferentes intervenções identificadas envolviam (a) educação de cuidadores, com o treinamento para execução de cuidados diários e reabilitação física; (b) identificação de prioridades e resolução de problemas; (c) apoio emocional, através de atividades de apoio em grupo, escuta ativa ou psicoterapia; (d) apoio social, como identificar serviços de saúde e da comunidade e como acessá-los, estratégias para obter ajuda e apoio da família e dos amigos. Essas intervenções ocorreram em diferentes modalidades: VD, visita à beira do leito, ligações telefônicas, chamadas de vídeo, vídeos educacionais, fornecimento de materiais escritos, através de atividades em grupo ou individuais (Quadro 4).

Observou-se maior volume de publicações em 2021 (Quadro 2), evidenciando o aumento recente de estudos que abordam essas iniciativas. Observa-se uma concentração de estudos na Ásia (11 publicações) e América (nove publicações), seguido por Europa (cinco publicações) e uma publicação na África e uma na Oceania. Corroborando com a literatura que aponta que intervenções educativas visando apoiar profissionais e gestores de saúde são mais frequentes fora do Brasil (Bierhals *et al.*, 2023). Quanto ao delineamento dos estudos, a maioria tratava-se de ECRs (13 estudos) (Quadro 2).

Quanto ao setting das intervenções, 14 foram realizadas no ambiente domiciliar, 12 tiveram componentes mistos, iniciadas na internação com seguimento após a alta, e uma foi realizada durante a internação hospitalar (Quadro 4). Houve resultados positivos em ambos os settings de intervenções, com destaque para os estudos com componentes mistos, uma vez que o momento entre a alta e o início do cuidado no domicílio é uma transição delicada que muitas vezes ocorre de forma inadequada, logo, para que o cuidado domiciliar seja realizado de maneira que supra as necessidades do paciente com AVC e reduza os impactos no cuidador, ele deve começar a ser preparado e planejado antes da alta hospitalar (Cameron *et al.*, 2016).

A maioria das intervenções foi liderada por enfermeiras (Quadro 4). Estudo sobre as melhores evidências na transição do cuidado do hospital para o domicílio afirma que as orientações lideradas por enfermeiros sobre atividades de cuidado e acompanhamento com os cuidadores familiares são essenciais (Costa *et al.*, 2020).

Os principais desfechos, avaliados através de uma variedade de instrumentos, foram: a sobrecarga do cuidador; a capacidade para o cuidado; os sintomas depressivos e a QV do cuidador; a capacidade funcional, a autoeficácia e o comprometimento cognitivo dos sobreviventes de AVC (Quadro 3). A análise dos estudos, que tinham a sobrecarga como desfecho, permitiu identificar que, quanto ao tempo de duração das intervenções, aquelas com

menos de três meses não obtiveram menos resultados positivos (Day *et al.*, 2021; Forster *et al.*, 2013). Ainda, evidenciou-se que intervenções com programas educacionais podem reduzir os níveis de depressão e sobrecarga, bem como prevenir os problemas decorrentes desta (Araújo *et al.*, 2018; Gok Ugur; Erci B, 2019; Silva; Boer, 2021). Esses achados reforçam o encontrado na literatura que indica a importância de intervenções que oferecem suporte aos cuidadores familiares voltadas ao apoio emocional, ao autocuidado e à tomada de decisão (Bierhals *et al.*, 2023).

Quanto à capacitação do cuidador, os dados dessa revisão sugerem que a eficácia da implementação dos programas de intervenção educativa deve conter, pelo menos, duração de três meses e envolver o treinamento de habilidades do cuidador, conforme as evidências citadas nos estudos de Araújo *et al.* (2018) e de Shyu *et al.* (2010).

A amostra dos estudos foi composta, principalmente, por díades de sobreviventes de AVC e seus respectivos cuidadores e somente pelos cuidadores informais (13 estudos em cada categoria); um estudo teve como foco os sobreviventes de AVC (Quadro 3). Considerando os dados basais dos estudos incluídos, os tamanhos das amostras variaram de 10 (Sánchez-Huamash; Cárcamo-Cavagnaro, 2021) a 928 participantes (Forster *et al.*, 2013). Cinco dos trabalhos identificados são protocolos de pesquisa, sendo quatro publicados nos anos de 2021 e 2022.

Já quando analisadas quanto à modalidade, as intervenções que combinaram as abordagens presencial e por telefone (Kim *et al.*, 2012; Lin *et al.*, 2022; Perrin *et al.*, 2010; Pfeiffer *et al.*, 2014) revelaram resultados positivos. Observa-se a incipiência no uso de tecnologias baseadas na internet (Eames *et al.*, 2013; LeLaurin *et al.*, 2021; Mulder *et al.*, 2022; Termoz *et al.*, 2022; Sánchez-Huamash; Cárcamo-Cavagnaro, 2021), sendo que quatro dos cinco estudos que utilizaram essas tecnologias foram publicados após o ano de 2021. Neste período, em função da Pandemia por COVID-19, muitas estratégias assistenciais e de pesquisa em ambientes virtuais se intensificaram (Mattos *et al.*, 2021).

As intervenções com tecnologia digital são descritas na literatura desde a década de 2010 através do uso do telefone, das chamadas de vídeo e, mais recentemente, de outras tecnologias, como os aplicativos, utilizados em intervenções com resultados satisfatórios. Porém, essas iniciativas são menos frequentes nos países em desenvolvimento. Atualmente, as restrições impostas pela pandemia tornaram o uso desses recursos indispensáveis, e até mandatórios, representando novas modalidades de continuidade de cuidado.

Revisão sistemática, voltada para a investigação dos critérios de usabilidade e aceitabilidade de intervenções virtuais autoguiadas para cuidadores familiares de pessoas com

demência, destacou que os cuidadores frequentemente enfrentam muitas barreiras para participar de intervenções presenciais, manuais e individualizadas, tais como: falta de transporte adequado, de meios financeiros para comparecer às sessões, não ter com quem deixar a pessoa cuidada, e tempo limitado devido às demandas do cuidado. Reforça que intervenções virtuais podem facilitar o acesso, oferecendo uma alternativa promissora e, possivelmente, atingindo um maior número de cuidadores, quando comparadas às estratégias de grupo ou individuais presenciais, já que tendem a ser flexíveis e adaptáveis às rotinas dos cuidadores (Deeken *et al.*, 2019; Etxeberria; Salaberria; Gorostiaga, 2021; Parra-Vidales *et al.*, 2017).

A heterogeneidade na abordagem e nos modos como as intervenções foram aplicadas, analisando diferentes desfechos, reforça a importância de avaliar a efetividade das ações educativas do cuidado de Enfermagem para cuidadores familiares para além do quanto a intervenção funciona, mas em que cenários e em quais circunstâncias os resultados são alcançados (Bierhals *et al.*, 2023; Skivington *et al.*, 2021).

4 MÉTODOS

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão organizados em formato de artigos científicos, estruturados conforme a normatização de cada periódico. O Quadro 5 apresenta os dois artigos científicos elaborados de acordo com os objetivos propostos neste estudo.

Quadro 5 – Artigos científicos elaborados de acordo com os objetivos da tese, o periódico e a Classificação no Qualis-Periódicos. Porto Alegre, RS, 2024

Título	Objetivo	Periódico	Qualis
Efetividade da intervenção e-share para cuidadores de idosos após acidente vascular cerebral: ensaio pragmático randomizado	<p>Analisar a efetividade de uma intervenção educativa virtual para cuidadores familiares, na capacidade de cuidar de idosos após AVC, quando comparada com orientações usuais de cuidado, no período de três meses após a alta hospitalar.</p> <p>Verificar a sobrecarga dos cuidadores familiares e sua associação com a intervenção oferecida.</p>	Revista Latino-Americana de Enfermagem - submetido	A2
Elaboração de um curso on-line para cuidadores familiares de pessoas idosas após acidente vascular cerebral	Construir e desenvolver um MOOC para cuidadores familiares de idosos que sofreram AVC.	Revista Gaúcha de Enfermagem - publicado em 27-11-2023	A3

Fonte: elaborada pela autora.

5.1 EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO E-SHARE PARA CUIDADORES DE IDOSOS
APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ENSAIO PRAGMÁTICO
RANDOMIZADO

Autores: Francine Melo da Costa; Débora Francisco do Canto; Lisiane Manganelli Girardi
Paskulin

5.2 ELABORAÇÃO DE UM CURSO ONLINE PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS IDOSAS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL¹

Autores: Francine Melo da Costa; Débora Francisco do Canto; Lediane Raquel Woiciechoski; Ana Luísa Petersen Cogo; Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

¹ Canto DF, Costa FM, Woiciechoski LR, Cogo ALP, Paskulin LMG. Elaboração de um curso online para cuidadores familiares de pessoas idosas após acidente vascular cerebral. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20230040. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230040.pt>

6 CONCLUSÃO

Este é o primeiro estudo, no Brasil, que propõe o uso do MOOC como ferramenta educativa para cuidadores familiares de idosos sobreviventes de AVC, representando um importante avanço da Enfermagem na construção de tecnologias educacionais digitais.

A intervenção multicomponente, e-share, disponibilizou, além do MOOC, uma linha telefônica para contato, se houvesse necessidade do cuidador, além de quatro contatos telefônicos programados, mas, ainda assim, não se observou efeito da intervenção na melhora da capacitação e na redução da sobrecarga dos cuidadores, entre os grupos. Contudo, a e-share favoreceu significativamente os cuidadores do GI no que se refere à melhora da administração de medicamentos e à sobrecarga no domínio decepção.

Este estudo revela a complexidade das ações de transição do cuidado após um AVC no idoso e evidencia a importância de realizar intervenções educativas de enfermagem direcionadas às atividades de cuidado, com suporte adequado ao cuidador. Defende-se a tese de que o uso de ferramentas digitais pode ser um recurso valioso se direcionado às características da população em que se pretende trabalhar.

O uso de tecnologias virtuais simples explora alternativas de transição de cuidado que forneçam suporte aos cuidadores para aquisição de habilidades e conhecimentos. No entanto, é necessário que os cuidadores sejam avaliados e acompanhados antes da alta hospitalar do idoso, garantindo uma adequada transição e reduzindo os efeitos negativos do cuidado, destacando o papel central do enfermeiro nessas ações.

Este EPR apresenta algumas limitações, mesmo tendo captado participantes de diferentes setores da instituição hospitalar, a maioria foi proveniente da UCE-AVC, recebendo acompanhamento diferenciado. Em um estudo futuro, faz-se necessária uma amostra mais inclusiva de idosos de instituições não especializadas, assim como indica-se um tempo de seguimento maior.

Esta investigação desenvolveu o MOOC com uma avaliação preliminar positiva do público-alvo quanto ao seu conteúdo e funcionalidade. No entanto, não houve interferência significativa dos acessos ao curso e mudanças na capacitação dos cuidadores. Sugere-se, para estudos futuros, que, além da participação de uma equipe multiprofissional com expertise na área temática, incorpore-se a participação da população-alvo no desenvolvimento dessas tecnologias, o que pode trazer melhores resultados.

Ainda, destaca-se poucas pesquisas, para fins de comparação, com o uso da ECCIID-AVC, que faz uma avaliação específica para cuidadores familiares de idosos sobreviventes ao

AVC. Espera-se que mais pesquisadores adotem o uso desta escala em futuras investigações de intervenção para que comparações possam ser feitas.

Para além da pesquisa, este estudo tem aplicação prática, os dados serão divulgados para o serviço de saúde e o MOOC ficará disponível para os cuidadores do GC e todos aqueles que tiverem interesse em acessar, em plataforma de livre acesso. Espera-se, desta forma, apoiar outros cuidadores familiares que não têm acesso a serviços de saúde com equipe especializada.

Pretende-se realizar um estudo qualitativo divulgando os dados obtidos através do contato telefônico com os cuidadores. As experiências e opiniões dos participantes precisam ser consideradas para melhor entendimento da eficácia da intervenção. Sugere-se o uso de métodos mistos em futuros EPs como forma de expandir a compreensão dos dados e o efeito da intervenção.

REFERÊNCIAS

- ANDRADES-GONZÁLEZ, I.; ROMERO-FRANCO, N.; MOLINA-MULA, J. e-Health as a tool to improve the quality of life of informal caregivers dealing with stroke patients: Systematic review with meta-analysis. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 53, n. 6, p. 790-802, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jnu.12699>.
- ARAÚJO, O. *et al.* Development and psychometric properties of ECPICID-AVC to measure informal caregivers' skills when caring for older stroke survivors at home. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 30, n. 4, p. 821-829, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12291>.
- ARAÚJO, O. *et al.* Training informal caregivers to care for older people after stroke: A quasi-experimental study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 74, n. 9, p. 2196-2206, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13714>
- AREOSA, S. V. C. *et al.* Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 2, p. 482-494, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150212>.
- AZIZI, A. *et al.* Effect of Informational Support on Anxiety in Family Caregivers of Patients with Hemiplegic Stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, New York, v. 29, n. 9, p. 105020, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105020>.
- BAKAS, T. *et al.* Telephone Assessment and Skill-Building Kit for Stroke Caregivers A Randomized Controlled Clinical Trial Home. **Stroke**, Dallas, v. 46, n. 12, p. 3478-3487, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011099>.
- BANDURA, A. **Self-efficacy in changing society**. New York: Cambridge University Press, 1997a.
- BANDURA, A. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman, 1997b.
- BIERHALS, C. C. B. K. *et al.* Quality of life in caregivers of aged stroke survivors in southern Brazil: A randomized clinical trial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, p. e3657, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5935.3657>.
- BORGES, R. B. *et al.* Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. **Clinical & Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 247-253, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/109542>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019**. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13853.htm. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2021. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/comitedeetica/wp-content/uploads/sites/80/2021/03/ORIENTA%C3%87%C3%95ES-PARA-PROCEDIMENTOS-EM-PESQUISAS.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.

CAMERON, J. I. *et al.* Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update. **International Journal of Stroke**, Oxford, v. 11, n. 7, p. 807-822, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/174749301666010>.

CAMERON, J. I. *et al.* Randomized clinical trial of the timing it right stroke family support program: research protocol. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, n. 18, p. 18, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-18>.

CHENG, H. Y.; CHAIR, S. Y.; CHAU, J. P. C. Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 87, n. 84-93, p. 84-93, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Transitional care from hospital to home for older people: Implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, supl. 3, p. e20200187, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>.

DAL PIZZOL, F. L. F. *et al.* Adaptation and Validation of the Capacity Scale for Informal Caregivers of Elderly Stroke Patients to be Used in Brazil. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 28, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1891/JNM-D-18-00072>.

DAY, C. B. *et al.* Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE) 1 year effect on the burden of family caregivers for older adults in Brazil: A randomized controlled trial. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 29, n. 1, p. 56-65, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.13068>.

DEEKEN, F. *et al.* Evaluation of technology-based interventions for informal caregivers of patients with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, DC, v. 27, n. 4, p. 426-445, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.003>.

DEMIR, Y.; GÖZÜM, S. Effect of transitional care model-based interventions for patients with stroke and their caregivers on increasing caregiver competence and patient outcomes: A study protocol for a randomized controlled trial. **Florence Nightingale Journal of Nursing**, Istanbul, v. 29, n. 2, p. 176-185, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5152/FNJNI.2021.19214>.

- DIXE, M. D. A. C. R. *et al.* Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, London, v. 19, p. 255, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>.
- EAMES, S. *et al.* Randomised controlled trial of an education and support package for stroke patients and their carers. **BMJ Open**, London, v. 3, n. 5, p. e002538, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002538>.
- ELSHEIKH, M. A. *et al.* Effect of a tailored multidimensional intervention on the care burden among family caregivers of stroke survivors: a randomised controlled trial. **BMJ Open**, London, v. 12, n. 2, p. e049741, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049741>.
- ETXE BERRIA, I.; SALABERRIA, K.; GOROSTIAGA, A. Online support for family caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis of RCTs and quasi-experimental studies. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 25, n. 7, p. 1165-1180, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758900>.
- FORSTER, A. *et al.* A structured training programme for caregivers of inpatients after stroke (TRACKS): a cluster randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. **Lancet**, London, v. 382, n. 9910, p. 2069-2076, 2013. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61603-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61603-7).
- FUHRMANN, A. C. *et al.* Association between the functional capacity of dependent elderly people and the burden of family caregivers. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 14-20, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>.
- GOK UGUR, H.; ERCI, B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. **Acta Clinica Croatica**, Zagreb, v. 58, n. 2, p. 321-332, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.02.16>.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Apresentação**. Porto Alegre, [2023]. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional-apresentacao-subm>. Acesso em: 16 out. 2023.
- HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- KIM, S. S. *et al.* The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. **International Nursing Review**, Geneva, v. 59, n. 3, p. 369-375, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00967.x>.
- LELAURIN, J. H. *et al.* Feasibility and acceptability of a telephone and web-based stroke caregiver intervention: a pilot randomized controlled trial of the RESCUE intervention. **Clinical Rehabilitation**, London, v. 35, n. 2, p. 253-265, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269215520957004>.
- LIN, S. *et al.* Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: A randomised controlled trial. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 105, n. 4, p. 917-925, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.020>.

LOU, V. W. *et al.* Effectiveness of a Two-Tier Family-Oriented Intervention in Enhancing the Family Functioning and Care Capacity of the Family Caregivers of Stroke Survivors: Protocol for a Randomized Controlled Trial. **JMIR Research Protocols**, Toronto, v. 10, n. 5, p. e16703, 2021. DOI: <https://doi.org/10.2196/16703>.

MATTOS, E. B. T. *et al.* Grupo virtual de apoio aos cuidadores familiares de idosos com demência no contexto da COVID-19. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 29, p. e2882, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE2201>.

MCLENNON, S. M. *et al.* Comparing treatment fidelity between study arms of a randomized controlled clinical trial for stroke family caregivers. **Clinical Rehabilitation**, London, v. 30, n. 5, p. 495-507, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269215515585134>.

MEDEIROS, M. M. *et al.* Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do "Caregiver Burden scale". **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 38, n. 4, p. 193-199, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Indicadores de saúde: epidemiologia e morbidade hospitalar do SUS**. Brasília, DF: DATASUS, [2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nibr.def>. Acesso em: 18 dez. 2023.

MOU, H.; LAM, S. K. K.; CHIEN, W. T. The effects of a family-focused dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and their family caregivers: A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 143, p. 104504, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104504>.

MULDER, M. *et al.* Can telerehabilitation services combined with caregiver-mediated exercises improve early supported discharge services poststroke? A study protocol for a multicentre, observer-blinded, randomized controlled trial. **BMC Neurology**, London, v. 22, n. 29, p. 29, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02533>.

PARRA-VIDALE, E. *et al.* Online interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. **Actas Españolas de Psiquiatria**, Madrid, v. 45, n. 3, p. 116-126, 2017. Disponível em: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/107/ENG/19-107-ENG-116-26-887591.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.

PARULLA, C. D. *et al.* Nursing assessment: the elaboration and development of a massive open online course. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, n. spe, p. e20190199, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190199>.

PERRIN, P. B. *et al.* A culturally sensitive transition assistance program for stroke caregivers: examining caregiver mental health and stroke rehabilitation. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, [Washington, DC], v. 47, n. 7, p. 605-616, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1682/jrrd.2009.10.0170>.

PETERS, M. D. J. *et al.* Scoping reviews: 2020 version. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: JBI**. Adelaide: Joanna Briggs Institute, 2020. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>. Acesso em: 24 jan. 2024.

PFEIFFER, K. *et al.* Telephone-based problem-solving intervention for family caregivers of stroke survivors: a randomized controlled trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 82, n. 4, p. 628-643, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0036987>.

PITTHAYAPONG, S. *et al.* A Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand. **Asian Nursing Research**, Singapore, v. 11, n. 2, p. 150e157, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.05.009>.

PREDEBON, M. L. *et al.* The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. **Investigación y Educación em Enfermería**, Medellín, v. 39, n. 2, p. e03, 2021. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>.

RIBERTO, M. *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010002>.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>.

RIBERTO, M. **Orientação funcional para a utilização da MIF**: medida de independência funcional (MIF para adultos). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 216-224. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700027>.

SÁNCHEZ-HUAMASH, C. M.; CÁRCAMO-CAVAGNARO, C. Videos to improve the skills and knowledge of stroke patients' caregivers. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 38, n. 1, p. 41-48, 2021. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2021.381.6130>.

SANTOS, W. P. *et al.* Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 10, n. 2, p. e607, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>.

SHYU, Y. L. *et al.* A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 19, n. 11/12, p. 1675-1685, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03124.x>.

SILVA, J. K.; BOERY, R. N. S. O. Effectiveness of a support intervention for family caregivers and stroke survivors. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. e3482, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4991.3482>.

SKIVINGTON, K. *et al.* A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. **BMJ**, London, v. 30, n. 374, p. 2061, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>.

TERMOZ, A. *et al.* Co-design and evaluation of a patient-centred transition programme for stroke patients, combining case management and access to an internet information platform: study protocol for a randomized controlled trial - NAVISTROKE. **BMC Health Services Research**, London, v. 22, n. 537, p. 537, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07907-5>.

TERWEE, C. B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Estimates 2019**: Disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/gh-leading-causes-of-death>. Acesso em: 2 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated care for older people**: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 jan. 2024.

ZHANG, L.; ZHANG, T.; SUN, Y. A newly designed intensive caregiver education program reduces cognitive impairment, anxiety, and depression in patients with acute ischemic stroke. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 52, n. 9, p. e8533, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-431X20198533>.

ZUIDGEEST, M. G. P. *et al.* Series: Pragmatic trials and real world evidence: Paper 1. Introduction. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 88, p. 7-13, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.12.023>.

ZWARENSTEIN, M. *et al.* Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. **BMJ**, London, v. 337, p. a2390, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.a2390>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Dados de identificação, dados sociodemográficos e condições de saúde do cuidador familiar coletados no momento da inclusão no estudo

CUIDADOR FAMILIAR	
A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
A1. Número do participante:	ANUME:
A2. Nome do cuidador:	NCUID
A3. Endereço:	
A4. Telefone para contato:	
A5. Data da inclusão no estudo:	ADATA:
B. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
B1. Data de nascimento:	BNASC:
B2. Idade:	BIDAD:
B3. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	BSEXO:
B4. Estado Civil: (1) Com companheiro (2) Sem companheiro	BCONJ:
B5. Escolaridade: (1) Ensino Fundamental (2) Ensino Médio (3) Ensino Superior / Pós-Graduação	BESCO:
B6. Ocupação: (1) Com ocupação (2) Sem ocupação	BOCUP:
B8. Renda (em salários-mínimos): R\$: _____	BREND:
B9. Número de pessoas que vivem na mesma casa:	BPESS:
C. CONDIÇÕES DE SAÚDE	
C1. Tem problemas de saúde? (1) Sim (2) Não	CPROB:
C2. Se sim, qual/quais?	CDOEN1:

(1) Diabetes Mellitus (2) Cardiovasculares (3) Câncer (4) Osteomusculares (5) Respiratórios (6) Psiquiátricos (7) Autoimune	CDOEN2: CDOEN3: CDOEN4: CDOEN5: CDOEN6: CDOEN7:
D. PERFIL COMO CUIDADOR	
D1. Qual a relação de parentesco com o(a) idoso(a) a quem presta cuidados? (1) Filho(a) (2) Cônjuge (3) Outro familiar	DPARE:
D2. Há quanto tempo cuida do seu familiar? ___ meses	DTEMP:
D3. Possui auxílio de outra pessoa para o cuidado? (1) Sim Não	DAUXI1:
D4. Se sim, quem o(a) ajuda com os cuidados? (1) Familiar (2) Amigo	DQUEM:
D5. Que tipo de ajuda recebe? (1) Instrumental (2) Emocional (3) Financeira	DTIPO1: DTIPO2: DTIPO3:
D6. Em média, quantas horas despende por dia para cuidar do seu familiar?	DHORA:
D7. Em média, quantos dias na semana cuida do seu familiar?	DDIAS:
D8. Reside com o(a) idoso(a): (1) Sim (2) Não (3) Esporadicamente	DRESI:
D9. Se reside, há quanto tempo? ___ anos	DRETP:
D10. Já cuidou de alguém (familiar, amigo, vizinho) antes? (1) Sim (2) Não	DCUID:

D11. Se sim, por quanto tempo? ___ meses.	DTPCO:
D12. Você já recebeu algum tipo de treinamento, orientação ou curso para cuidar de alguém dependente? (1) Sim (2) Não	DTREI1:
D13. Se sim, onde? (1) Hospital (2) Familiar/amigo com formação na área da saúde (3) Instituição de Ensino	DTREI2:
D14. Possui alguma formação na área da saúde? (1) Sim (2) Não	DFORM1:
D15. Se sim, qual? (1) Nível superior (2) Técnico/Auxiliar de Enfermagem (3) Curso de Cuidadores	DFORM2:
E. ESCALA DE SOBRECARGA	
Tensão Geral: Isolamento: Depressão: Envolvimento Emocional: Ambiente: Escore Total:	ETEGE: EISOL: EDEPR: EEEMO: EAMBI: ECBS:
F. ECCIID-AVC:	
Pontuação na Escala: Número de Itens não Aplicáveis:	EPONT: EITNA:

APÊNDICE B – Dados de identificação, dados sociodemográficos e condições de saúde do idoso coletados no momento da inclusão no estudo

IDOSO	
A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
G1. Nome:	
A1. Número do participante (cuidador familiar):	ANUME:
G2. Data da internação:	GINTE:
B. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
H1. Data de nascimento:	HNASC:
H2. Idade:	HIDAD:
H3. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	HSEXO:
H4. Ocupação: (1) Com ocupação (2) Sem ocupação	HOCUP:
H5. Estado Civil: (1) Com companheiro (2) Sem companheiro	HCONJ:
H6. Escolaridade: (1) Ensino Fundamental (2) Ensino Médio (3) Ensino Superior / Pós-Graduação	HESCO:
H7. O(A) idoso(a) possui renda própria (aposentadoria, aluguéis, pensão, entre outros)? (1) Sim. Qual a renda (em salários-mínimos)? ____ (2) Não.	HREND: HSAL:
C. CONDIÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA	
I1. Diagnóstico de AVC: (1) Hemorrágico (2) Isquêmico	IDAVC
I2. Tempo do diagnóstico do AVC atual: _____ dias	ITAVC:

I3. Teve AVC prévio: (1) Sim (2) Não	IAVCP:
I4. Se sim, qual? (1) Hemorrágico (2) Isquêmico	IHEIS:
I5. Número de AVC prévio: (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais	INUAV:
I6. Comorbidade(s): (1) Sim (2) Não	ICOMO:
I7. Qual(ais) comorbidade(s)? (1) Cardiovascular (2) Demência (3) Diabetes Mellitus (4) Osteomuscular (5) Câncer (6) Psiquiátrica	IQCOM1: IQCOM2: IQCOM3: IQCOM4: IQCOM5: IQCOM6:
I8. Limitação física prévia? (1) Sim (2) Não	ILIMI:
I9. Se sim, qual? (1) Amputação (2) Paralisia (3) Limitação de mobilidade (4) Déficit sensorial	
D. MIF - Pontuação	
Autocuidado: _____ Controle de Esfincteres: _____ Transferência: _____ Locomoção: _____ Comunicação: _____ Cognição Social: _____ Escore Total: _____	JAUTO: JCOES: JTRAN: JLOCO: JCOMU: JCOGN: JMIFT:
E. CUIDADOS ESPECIAIS	
K1. O(A) idoso(a) faz uso de fralda? (1) Sim	KFRAL:

(2) Não	
K2. O(A) idoso(a) é restrito(a) ao leito? (1) Sim (2) Não (3) Parcialmente	KLEIT:
K3. O(A) idoso(a) tem traqueostomia? (1) Sim (2) Não	KTRAQ:
K4. O(A) idoso(a) faz uso de sonda? (1) Sim (2) Não	KSOND:
K5. Se sim, qual sonda? (1) SNE (2) Gastrostomia/Jejunostomia (3) SVA / SVD (Você pode marcar mais de uma alternativa).	KSOTP1: KSOTP2: KSOTP3:

APÊNDICE C – Avaliação final do cuidador familiar e do idoso três meses após a alta hospitalar

CUIDADOR FAMILIAR	
L. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
A1. Número do participante:	ANUME:
A2. Nome do cuidador:	
M. ESCALA DE SOBRECARGA	
Tensão Geral: Isolamento: Depressão: Envolvimento Emocional: Ambiente: Escore Total:	MTEGE: MISOL: MDEPR: MEEMO: MAMBI: MCBS:
N. ECCIID-AVC:	
Pontuação na Escala: Número de Itens não Aplicáveis:	NPONT: NITNA:
IDOSO	
O. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
G1. Nome:	
A1. Número do participante (cuidador familiar):	ANUME:
O1. Data da alta:	OALTA:
P. MIF - Pontuação	
Autocuidado:_____ Controle de Esfínteres:_____ Transferência:_____ Locomoção:_____ Comunicação:_____ Cognição Social:_____ Escore Total:_____	PAUTO: PCOES: PTRAN: PLOCO: PCOMU: PCOGN: PMIFT:
Q. REINTERNAÇÃO E ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA	
O(A) idoso(a) teve alguma reinternação hospitalar após o retorno ao domicílio? (1) Sim	QRHOS:

<p>(2) Não</p> <p>Se sim, qual foi o motivo?</p> <p>(1) Infecção do trato urinário (2) Infecções do trato respiratório (3) Novo AVC (4) Internação eletiva</p> <p>Se sim, quanto tempo após a alta ocorreu a reinternação? _____ dias</p> <p>Quantas reinternações ocorreram no período de três meses após a alta?</p> <p>(1) Uma (2) Duas (3) Três ou mais</p> <p>O(A) idoso(a) precisou de atendimento em algum serviço de emergência?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se sim, qual foi o motivo?</p> <p>(1) Infecção do trato urinário (2) Infecções respiratórias (3) Suspeita de novo AVC (4) Dor (5) Confusão mental</p> <p>Se sim, quanto tempo após a alta ocorreu o atendimento de emergência? _____ dias</p> <p>Quantos atendimentos de emergência ocorreram no período de três meses após a alta?</p> <p>(1) Um (2) Dois (3) Três ou mais</p> <p>Obs: caso o idoso tenha tido visitas à emergência ou internações, é importante questionar o familiar para diferenciar cada uma delas (acima de 24h considera-se internação)</p>	<p>QRMOT1: QRMOT2: QRMOT3: QRMOT4:</p> <p>QRTEM:</p> <p>QRQUA:</p> <p>QEMER:</p> <p>QEMOT1: QEMOT2: QEMOT3: QEMOT4: QEMOT5:</p> <p>QETEM:</p> <p>QEQUA:</p>
--	--

APÊNDICE D – Checklist de verificação de aptidão para acesso e navegação ao MOOC

CHECKLIST		
	Apto	Não Apto
Consegue acessar a internet		
Consegue fazer login no sistema moodle		
Consegue acessar os módulos		
Consegue passar as telas do curso		
Consegue acessar os vídeos disponíveis		
Consegue fazer logout		
() APTO		() NÃO APTO
*Para aprovação o participante deve estar “apto” em todos os itens		

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os Cuidadores Famíliares

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Efetividade de intervenção educativa virtual para cuidadores familiares na capacidade de cuidar de idosos após acidente vascular cerebral: ensaio pragmático randomizado”, cujo objetivo é avaliar se o fornecimento de orientações, através de um curso on-line sobre os cuidados após o AVC, melhora a habilidade para cuidar do familiar e reduz a sobrecarga do cuidador. Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

- Você receberá uma visita durante a internação do seu familiar no hospital, para responder a um questionário sobre seus dados de identificação, idade, escolaridade, entre outras perguntas, com duração de aproximadamente 1 hora. Após esta visita, será realizado um sorteio que definirá se você fará parte do grupo que receberá acesso ao curso on-line sobre como cuidar do idoso no dia a dia, ou se fará parte do grupo que não receberá estas orientações. Se fizer parte do grupo que receberá as orientações, após a alta hospitalar do seu familiar, além do acesso ao curso, você receberá uma ligação, realizada por uma enfermeira, com a seguinte frequência: sete dias, um mês, dois meses e três meses após a alta. Além disso, terá ao seu dispor um número de telefone para contato com as enfermeiras de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, para esclarecimento de possíveis dúvidas.

- Após o período de três meses, outra pessoa do grupo de pesquisa fará um novo contato por telefone e agendará um encontro on-line, conforme a sua disponibilidade, para avaliar se a sua habilidade para o cuidado e a sobrecarga que dele resulta alteraram durante este período. Caso você faça parte do grupo que não receberá as orientações das enfermeiras, um dos pesquisadores fará contato com você três meses após o retorno do seu familiar idoso para casa, e irá avaliar a sua habilidade para o cuidado com o familiar, bem como a sobrecarga consequente desses cuidados. Essa avaliação terá duração de aproximadamente 1 hora.

Os benefícios decorrentes da sua participação nesta pesquisa são as orientações para melhoria na assistência aos familiares cuidadores de pessoas idosas que tiveram um AVC, quando retornam para as suas casas. Além disso, você poderá acessar o curso de acordo com a sua disponibilidade de horário.

Os possíveis desconfortos relativos à sua participação podem advir do constrangimento em responder algumas perguntas ou do tempo que você deverá disponibilizar para as entrevistas (em torno de 1 hora). Se isso acontecer, a pesquisadora estará à disposição para auxiliá-lo(a).

A sua participação na pesquisa é voluntária (não obrigatória), não estando previsto nenhum tipo de remuneração. Caso você decida não participar, não haverá prejuízo ao atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Salientamos, também, que a sua identidade será preservada pelo anonimato e que os dados coletados durante a pesquisa serão tratados confidencialmente, pois as informações serão utilizadas apenas para fins acadêmicos.

Em caso de dúvidas, você poderá solicitar esclarecimentos, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora responsável, Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, pelo telefone (51) 3359-8275, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, ou ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, pelo telefone (51) 3359-7640, ou dirigir-se ao 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Informamos, por fim, que este documento é elaborado em duas vias, sendo uma entregue a você e a outra aos cuidados da pesquisadora responsável.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado, de maneira clara e detalhada, dos objetivos, dos procedimentos e dos benefícios deste estudo.

() Aceito participar da pesquisa

() Não aceito participar da pesquisa

Porto Alegre, _____ de _____ de _____

Nome do(a) participante

Assinatura

Nome da pesquisadora

Assinatura

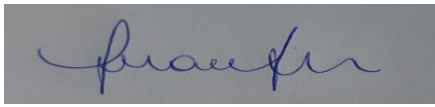
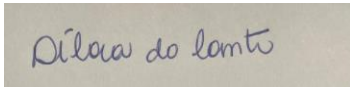

APÊNDICE F – Termo de Compromisso para Utilização dos Dados

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do Projeto: Efetividade de intervenção educativa virtual na capacidade de cuidar de idosos após acidente vascular cerebral: estudo pragmático randomizado.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes, cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Pesquisadores:

Nome	Assinatura
Francine Melo da Costa	
Débora Francisco do Canto	
Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	 Dra Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Porto Alegre, 01 de Julho de 2022

ANEXOS

ANEXO A – Medida de Independência Funcional (MIF)²

NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda Mínima (indivíduo >= 75%) 3 Ajuda Moderada (indivíduo >= 50%) 2 Ajuda Máxima (indivíduo >= 25%) 1 Ajuda Total (indivíduo >= 0%)	Ajuda
	Acompanhamento	
	Data	/ /
		Avaliação
MIF MOTOR	Autocuidado	
	A. Alimentação	
	B. Higiene pessoal	
	C. Banho (lavar o corpo)	
	D. Vestir metade superior	
	E. Vestir metade inferior	
	F. Utilização do vaso sanitário	
	Controle de Esfíncteres	
	G. Controle da Urina	
	H. Controle das Fezes	
	Transferências	
	I. Leito, cadeira, cadeira de rodas	
	J. Vaso sanitário	
	K. Banheira, chuveiro	
	Locomoção	
L. Marcha / cadeira de rodas		
M. Escadas		
MIF COGNITIVO	Comunicação	

² RIBERTO, M. *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010002>.

	N. Compreensão	
	O. Expressão	
	Cognição Social	
	P. Interação Social	
	Q. Resolução de problemas	
	R. Memória	
	Total	
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não for possível de ser testado, marque 1.		

ANEXO B – Escala de Capacidades do Cuidador Informal de Idosos Dependentes por AVC (ECCID-AVC)³

<p>Não Demonstra (ND) – Não realiza a atividade. Demonstra Parcialmente (DP) – Necessita de ajuda na execução da atividade. Demonstra (D) – Capaz de realizar a atividade com incentivo e/ou supervisão. Demonstra Totalmente (DT) – Realiza a atividade correta e autonomamente. NA – Não se aplica.</p>		NA	ND	DP	D	DT
1	Prepara a refeição de acordo com a dieta prescrita ou orientada.		0	1	2	3
2	Prepara a refeição de uma forma adequada.		0	1	2	3
3	Coloca os alimentos e utensílios no lado em que o idoso apresenta maior dependência para estimular o membro afetado.		0	1	2	3
4	Fornece apoio e/ou materiais necessários para facilitar a alimentação.		0	1	2	3
5	Controla a ingestão de alimentos.		0	1	2	3
6	Vigia a deglutição.		0	1	2	3
7	Ajuda na administração dos medicamentos conforme a prescrição médica.		0	1	2	3
8	Introduz água, caso a sonda fique obstruída durante a administração da dieta e de medicamentos.		0	1	2	3
9	Introduz água para lavagem da sonda após a administração da dieta e de medicamentos.		0	1	2	3
10	Realiza a hidratação da pele.		0	1	2	3
11	Prepara o material de higiene.		0	1	2	3
12	Fornece apoio e/ou materiais necessários para facilitar a higiene pessoal.		0	1	2	3

³ DAL PIZZOL, F. L. F. *et al.* Adaptation and Validation of the Capacity Scale for Informal Caregivers of Elderly Stroke Patients to be Used in Brazil. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 28, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1891/JNM-D-18-00072>.

13	Ajuda no banho.		0	1	2	3
14	Ajuda na higiene oral.		0	1	2	3
15	Mantém uma aparência bem cuidada.		0	1	2	3
16	Providencia a privacidade durante o uso do sanitário, na troca de fraldas ou no banho.		0	1	2	3
17	Fornece apoio e/ou materiais necessários para facilitar as eliminações urinárias e intestinais.		0	1	2	3
18	Ajuda na higiene íntima após o uso do sanitário ou troca de fraldas.		0	1	2	3
19	Fornece apoio e/ou materiais necessários para facilitar o vestir.		0	1	2	3
20	Ajuda a pessoa a vestir-se.		0	1	2	3
21	Avalia a capacidade do idoso para se transferir de lugar.		0	1	2	3
22	Explica ao idoso qual é a maneira certa para se transferir de lugar.		0	1	2	3
23	Fornece apoio e/ou materiais necessários para o idoso se transferir de lugar.		0	1	2	3
24	Ajuda o idoso a se transferir de lugar.		0	1	2	3
25	Utiliza postura adequada para transferir o idoso de lugar.		0	1	2	3
26	Fornece apoio e/ou materiais necessários para posicionar o idoso.		0	1	2	3
27	Avalia a necessidade de revezar a posição do corpo do idoso.		0	1	2	3
28	Utiliza postura adequada para posicionar cada parte do corpo do idoso corretamente.		0	1	2	3
29	Reveza a posição do corpo do idoso quando ele está deitado.		0	1	2	3
		Nº NA	TOTAL			

ANEXO C – Guia para a Aplicação da ECCIID – AVC

Guia para aplicação da Escala de Capacidades do Cuidador Informal de Idosos Dependentes por AVC (ECCIID-AVC)⁴ (DAL PIZZOL, 2017)⁵

OBSERVAÇÕES GERAIS

1. O entrevistador pode observar o cuidador realizando a atividade, OU perguntar como ele realiza a atividade e, de acordo com a resposta, pontuar na escala.
2. A escala ECCIID-AVC é uma escala de autocuidado, ou seja, avalia o que o cuidador presta de cuidado ao idoso. Não avalia o que o idoso faz sozinho, mas sim a ajuda que o cuidador presta ao idoso.
3. Abaixo, estão descritas as opções de resposta e o que se deve levar em consideração ao pontuar cada item.
*Caso o cuidador não saiba de algum dos detalhamentos do item em questão, o entrevistador deve pontuar com “demonstra parcialmente”, no caso de o cuidador dizer que precisará de auxílio de alguém para realizar; ou com “demonstra”, se achar que somente com explicação o cuidador poderá realizar tal atividade.
4. Assinalar **NA (Não se aplica)** quando o cuidador não realiza a atividade, porque o idoso não possui necessidade de tal ajuda. Exemplo: o idoso não possui sonda enteral.

OPÇÕES DE RESPOSTA DA ESCALA

Não demonstra – Não realiza a atividade. O idoso deveria receber o auxílio, porém o cuidador não realiza a atividade, pois não sabe ou não consegue (por falta de força física) realizar, mesmo com a ajuda de alguém, com incentivo e/ou supervisão.

Demonstra Parcialmente – Necessita de ajuda na execução da atividade. Não sabe ou não consegue (por falta de força física) executar a atividade sozinho e precisa da ajuda de alguém para realizar o cuidado.

Demonstra – Capaz de realizar a atividade com incentivo e/ou supervisão. Se receber incentivo/supervisão, o cuidador consegue realizar a atividade sozinho.

Demonstra totalmente – Realiza a atividade correta e autonomamente.

ITENS DA ESCALA

⁴ Adaptado do protocolo de intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após AVC. SANTOS, N. O. **Construção e validação de protocolo de intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral**. 2017. 246 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158249>. Acesso em: 24 jan. 2023.

⁵ DAL PIZZOL, F. L. F. **Adaptação e validação da ECPCID-AVC para uso com cuidadores informais de pessoas idosas após AVC**. 2017. Projeto (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

1. Prepara a refeição de acordo com a dieta prescrita ou orientada.

- Segue as orientações e/ou prescrição de alimentação do nutricionista e/ou do médico.
- Oferece alimentos com pouco sal, evitando-o sempre que possível.
- Evita alimentos ricos em gorduras, como frituras.
- Oferece uma dieta rica em frutas e verduras.
- Fornece de 6 a 8 copos de líquidos por dia, se não houver restrição.
- Não administra pela sonda: chás, sucos, refrigerantes, sopas ou misturas não prescritas.

2. Prepara a refeição de uma forma adequada.

- Caso o idoso tenha dificuldade para se alimentar, dá preferência a alimentos pastosos e de fácil mastigação, como legumes amassados, purês, sopas e mingaus. Evita alimentos com duas consistências simultaneamente e os oferece em quantidades menores, como sopa de legumes não triturada, por exemplo.
- Respeita a consistência dos alimentos de acordo com a aceitação do idoso. Oferece alimentos cortados em pedaços menores para facilitar a mastigação.
- Prepara os alimentos de uma forma higiênica e na temperatura adequada.

3. Coloca os alimentos e utensílios no lado em que o idoso apresenta maior dependência para estimular o membro afetado.

- Coloca os alimentos e utensílios (prato, talheres, copo etc.) no lado em que o idoso apresenta maior dependência, de modo que ele possa estimular o lado afetado.
- **IMPORTANTE:** caso o idoso possua uma seqüela severa em relação ao membro afetado, é necessário avaliar o item “coloca os alimentos e utensílios no lado em que o idoso apresenta maior dependência”, para verificar se conseguirá manejar os alimentos e utensílios.
- Posiciona o braço afetado em cima da mesa ou de um travesseiro, ou, ainda, de outro apoio, para que não fique caído.

4. Fornece apoio e/ou materiais necessários para facilitar a alimentação.

- Providencia utensílios/dispositivos adaptados às necessidades do idoso, ou outros quando disponíveis, para facilitar a alimentação, como cadeira que caiba na mesa em que o idoso fará a refeição, de modo que ele consiga sentar-se confortavelmente e possa alcançar os alimentos e utensílios postos à mesa (talheres, prato, copo, guardanapo etc.).

5. Controla a ingestão de alimentos.

- Estimula que o idoso faça as refeições sentado à mesa, se possível, e não na cama.
- Oferece líquidos utilizando um copo e cuidando para evitar a aspiração.

6. Vigia a deglutição.

- Observa se o idoso consegue engolir.
- Atenta para sinais de engasgo e/ou aspiração.
- Mantém sempre a sonda posicionada, observando a marcação.
- Não inicia administração por sonda, se houver dúvidas quanto ao posicionamento do material.

7. Ajuda na administração dos medicamentos conforme a prescrição médica.

- Separa os medicamentos em sacos rotulados com nomes e horários de administração, mantendo-os em suas embalagens originais, para controle da data de validade e para que não se misturem.

- Mantém os medicamentos em locais adequados, longe de calor e umidade. Aqueles que necessitam de refrigeração são guardados nas prateleiras da geladeira, não na porta.
- Materiais e medicamentos de curativos (pomadas, gases, ataduras, esparadrapo e soro fisiológico) são guardados em caixa com tampa, separados de outros medicamentos.
- Materiais de nebulização devem ser guardados em caixa plástica com tampa, mantendo-os sempre secos.
- Mantém a última receita sempre próxima do local onde são guardados os medicamentos, para facilitar possíveis consultas.
- Não modifica a prescrição médica, reduzindo ou aumentando doses de medicações, sem a orientação de um profissional qualificado.
- Acende a luz ou ilumina o ambiente sempre que for necessário preparar ou ministrar o medicamento, para evitar trocas.
- Avisa a equipe de saúde se o idoso costuma utilizar chás naturais, pois muitos são considerados medicamentos e podem interferir no efeito desejado do medicamento em uso.
- Sempre lê o nome do medicamento antes de administrá-lo.
- Não utiliza medicamentos indicados por outras pessoas sem prescrição médica.
- Utiliza uma tabela de orientação com o nome e horário dos medicamentos a serem administrados.

Via Sonda

- Aspira todo o medicamento diluído com uma seringa e o administra. Caso fique algum resíduo no recipiente, acrescenta um pouco de água e aspira novamente até que consiga administrar todo o medicamento.
- Administra cada medicamento separadamente via sonda.

Via Oral

- Posiciona o idoso sentado ou com a cabeceira elevada.
- Oferece água para o idoso engolir o medicamento e observa se engoliu.

Anticoagulante Oral

- Caso esqueça a medicação do dia anterior, administra apenas o comprimido do dia.
- Está atento a manchas roxas na pele, à urina, às fezes, ao catarro, ao vômito e a sangramentos na gengiva e no nariz.
- Evita o uso de analgésicos/anti-inflamatórios sem a devida prescrição, como Aspirina, Diclofenaco, Ibuprofeno e Tandrilax, pois podem causar irritação no estômago e sangramento.
- Identifica, em algum documento (RG, carteirinha do SUS, caderneta do idoso etc.), que o idoso está em tratamento com anticoagulante oral.
- Atenta para a ingestão excessiva de alimentos ricos em vitamina K, como vegetais e folhas verdes, óleos e gordura, pois eles diminuem o efeito do medicamento.

Subcutânea – Cuidados com a Administração de Insulina

- Lava bem as mãos com água e sabão.
- Mistura a insulina (NPH) lentamente, girando o frasco até o líquido ficar leitoso e homogêneo. Não sacode ou agita o frasco.
- Limpa a tampa do frasco com algodão com álcool.
- Aspira a quantidade de unidades da insulina de acordo com a prescrição. Se houver bolhas de ar, injeta a insulina de volta frasco e aspira novamente.
- Aplica a insulina fazendo uma prega na pele do idoso com os dedos, e introduz a agulha em ângulo reto. Após, solta essa prega e injeta a insulina suavemente.

- Não esfrega o local e utiliza o método de pesca para encapar a agulha, de modo a evitar contaminação.
- Espera cinco segundos após a aplicação antes de retirar a agulha da pele, para garantir que não extravase a insulina.
- Se o idoso utilizar dois tipos diferentes de insulina, aspira separadamente cada um e sempre deixa a NPH por último.
- Tem conhecimento sobre os locais de aplicação (abdômen, braço, nádegas e coxas) e faz rodízio entre eles.
- Para fazer o descarte, coloca as seringas e as agulhas em frascos rígidos resistentes, como frascos de amaciantes e de garrafas PET.
- Está atento a sinais de HIPOGLICEMIA durante o tratamento, como sudorese, tonturas, tremores nas mãos, zumbido no ouvido, dormência ao redor da boca e da língua, fome exagerada, ânsia de vômito, sono e coração acelerado. Na presença desses sinais/sintomas, se possível, realiza o teste de HGT (<70 mg/dL) e oferece algo doce ao idoso, como, por exemplo, água com açúcar ou suco doce. Se ele não conseguir engolir, não força. Coloca açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha, e o leva ao serviço de saúde, ou chama um profissional ou serviço de saúde.

8. Introduz água, caso a sonda fique obstruída durante a administração da dieta e de medicamentos.

- Realiza a “lavagem” da sonda, com água morna fervida ou filtrada, antes de administrar o medicamento ou a dieta.

9. Introduz água para lavagem da sonda após a administração da dieta e de medicamentos.

- Sempre após a administração do medicamento ou da dieta, lava bem a seringa com água, guardando-a em local seco e arejado para uso posterior.
- Lava a sonda uma vez, com 20 ml de água, após a administração de cada frasco de dieta.

10. Fecha a sonda no final da dieta e dos medicamentos.

- Mantém a sonda fechada, se não estiver em uso.

11. Realiza a hidratação da pele.

- Se possível, mantém a pele do idoso hidratada com hidratantes e/ou óleos.
- De preferência, hidrata a pele do idoso com hidratante neutro ou prescrito, fazendo movimentos leves, sem fricção nas proeminências ósseas.

12. Prepara o material de higiene.

- Oferece material de higiene ao idoso quando ele consegue realizar sua higiene sem ajuda, ou separa o material para fazer a higiene.

13. Fornece apoio e/ou materiais necessários para facilitar a higiene pessoal.

- Providencia materiais/dispositivos para que a higiene pessoal ocorra, como cadeira de banho, bacia para realizar a higiene oral etc.

14. Ajuda no banho.

CUIDADOS COM O BANHO DE CHUVEIRO

- Regula a temperatura da água.
- Mantém janelas e portas fechadas para evitar correntes de ar.

- Coloca o idoso sentado em um banco ou cadeira adaptada para o banho, utilizando dispositivos para que não escorregue, quando necessário.
- Preferencialmente utiliza tapete antiderrapante e barras de apoio para evitar quedas.
- Não deixa o idoso sozinho durante o banho.
- Estimula o idoso a realizar sua própria higiene e só o auxilia no que não consegue fazer sozinho.
- Se necessário, utiliza um chuveirinho de mão para auxiliar no banho.
- Ao lavar a axila, não levanta o braço comprometido mais do que a altura do pescoço.
- Ajuda o idoso a se enxugar, secando bem as partes íntimas e dobras de joelhos, mamas, axilas e entre os dedos.
- Realiza a higiene dos cabelos no mínimo três vezes por semana.
- Inspecciona a integridade da pele em geral.

CUIDADOS COM O BANHO DE LEITO

- Utiliza luvas descartáveis ou de borracha.
- Cobre o colchão com um saco plástico, antes de iniciar o banho.
- Separa uma bacia limpa, destinada somente para realizar o banho de leito, com água em temperatura adequada e sabão neutro para proceder à higiene.
- Inicia a higiene pela cabeça.
- Lava o rosto com pano molhado e pouco sabonete; após, enxágua o pano em água limpa e passa na pele para retirar o sabonete.
- Para lavagem dos cabelos, cobre um travesseiro com plástico e coloca uma bacia embaixo da cabeça do idoso.
- Molha a cabeça e passa um pouco de xampu.
- Massageia o couro cabeludo e derrama água aos poucos até retirar toda a espuma.
- Seca os cabelos com toalha ou secador.
- Lava as mãos, os braços, as axilas, o tórax e o abdômen nesta ordem, com um pano molhado e sabonete. Enxágua o pano em água limpa e passa na pele para retirar o sabonete.
- Seca bem braços, axilas, mãos, tórax e barriga, passando desodorante nas axilas e hidratante no corpo.
- Cobre as partes superiores do corpo com uma toalha seca após realizar a higiene. Faz da mesma forma com as pernas.
- Lava os pés, secando-os bem principalmente entre os dedos. Passa creme hidratante.
- Posiciona o idoso lateralmente e higieniza suas costas. Se possível, passa hidratante após tê-las secado.
- Para higiene das partes íntimas, posiciona o idoso de barriga para cima com a comadre/bacia embaixo do quadril.
- Na mulher, realiza a higiene da vagina de frente para trás, evitando que a água escorra do ânus para a vulva.
- No homem, traciona o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca. Após tracionar o prepúcio, recoloca-o na posição anterior para evitar edema.
- Utiliza sempre panos macios, evitando esfregar com força para não causar rupturas na pele.

15. Ajuda na higiene oral.

- Se possível, coloca o idoso sentado em frente à pia, ou lhe oferece uma bacia, para que possa realizar a higiene.
- Dá preferência a escovas de cerdas macias e, sempre que possível, providencia o uso do fio dental.
- Utiliza uma pequena porção de pasta de dente para evitar engasgos.
- Se o idoso necessitar de ajuda, escova os dentes do idoso.

- Retira as próteses dentárias, limpando-as com escova de dente de cerdas mais duras, água e sabão neutro ou pasta dental.
- Para limpeza da cavidade oral e gengivas, utiliza uma escova de cerdas macia.
- Limpa a língua da mesma forma, mas realizando movimentos de dentro para fora, sem tocar a parte de trás da língua para não causar náusea.
- Enxágua bem a boca e recoloca a prótese limpa.
- Inspecciona a boca do idoso para verificar a presença de feridas, que podem ser causadas por dentes quebrados ou próteses desajustadas.
- Observa gengivas inflamadas e/ou com sangramentos.

16. Mantém uma aparência bem cuidada.

- Mantém cuidado com a aparência da pessoa, deixando-a com aspecto bem tratado. No caso do homem, deve-se fazer a barba. No caso da mulher, pode ser aplicável maquiagem, se gostar e tiver costume. Manter, também, ambos penteados, com a pele limpa e hidratada e com roupas limpas e adequadas à estação.

17. Providencia a privacidade durante o uso do sanitário, na troca de fraldas ou no banho.

- Deixa o idoso confortável, não expondo sua intimidade.

18. Fornece apoio e/ou materiais necessários para facilitar as eliminações urinárias e intestinais.

- Providencia materiais/dispositivos facilitadores para as eliminações urinárias e intestinais, como barras de apoio etc.

19. Ajuda na higiene íntima após o uso do sanitário ou troca de fraldas.

TROCA DE FRALDA

- Realiza a lavagem das mãos antes da troca.
- Protege as mãos com luvas descartáveis ou de borracha.
- Separa uma bacia limpa, destinada somente para realizar a higiene íntima/banho de leito, com água em temperatura adequada e sabão neutro para proceder à higiene.
- Na mulher, realiza a higiene no sentido da frente para trás, evitando que as fezes entrem em contato com a vagina.
- No homem, traciona o prepúcio, expondo a glândula, para que esta possa ser limpa e seca. Após tracionar o prepúcio, recoloca-o na posição anterior para evitar edema.
- Seca bem as partes íntimas, principalmente entre as dobras.
- Inspecciona a pele para identificar lesões.
- Se necessário, utiliza protetor cutâneo, como óxido de zinco, óleo, hidratante, entre outros.
- Fecha a fralda, cuidando para que não fique muito apertada e cause lesões na virilha.
- Lava as mãos a cada troca.
- Procura realizar a troca em local adequado, preservando a intimidade do idoso.
- Se o idoso for incontinente, realiza a troca de fraldas, no mínimo, quatro vezes ao dia, ou sempre que estiverem sujas.

Uso do Vaso Sanitário

- Se possível, utiliza barras de apoio ou alguma adaptação para o uso do vaso, evitando quedas.
- Protege as mãos com luvas descartáveis ou de borracha.
- Realiza a higiene íntima com papel higiênico, ou o entrega ao idoso para que ele próprio possa realizar a higiene.
- A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e sempre que o idoso urinar ou evacuar.

- Auxilia o idoso a se levantar.
- Não deixa o idoso sozinho, caso haja risco de quedas.
- Lava as suas mãos e as do idoso após a higiene.

20. Fornece apoio e/ou materiais necessários para facilitar o vestir.

- Providencia materiais/dispositivos para facilitar o vestir, como barras de apoio e local para sentar o idoso, se necessário.

21. Ajuda a pessoa a vestir-se.

- Dá preferência a roupas simples, confortáveis e adequadas ao clima.
- Se possível, deixa o idoso escolher sua própria roupa, preservando sua autonomia.
- Evita o uso de chinelo sem apoio no calcanhar, a fim de prevenir quedas.
- De preferência, veste roupas mais largas nos quadris, se o idoso permanece sentado por muito tempo.

22. Fornece apoio e/ou materiais necessários para facilitar o despir.

- Providencia materiais/dispositivos para facilitar o despir, como barras de apoio, por exemplo.

23. Ajuda a pessoa a despir-se.

- Se o idoso tem um braço comprometido, veste primeiro o braço afetado e, ao retirar a roupa, inicia pelo braço sadio.
- Se o idoso for acamado, dá preferência para roupas com abertura nas costas.

24. Avalia a capacidade da pessoa para se transferir de lugar.

- Verifica se o idoso tem condições de se transferir sozinho da cama para a cadeira e da cadeira para a cama etc.

25. Explica ao idoso qual é a maneira certa para se transferir de lugar.

- Explica ao idoso como irá realizar a transferência.

26. Fornece apoio e/ou materiais necessários para o idoso se transferir de lugar.

- Providencia materiais/dispositivos para a transferência, como cadeira, almofadas, travesseiros, lençol móvel etc.

27. Ajuda o idoso a se transferir de lugar.

- Idosos com algum equilíbrio de tronco: lateraliza o idoso, coloca as pernas para fora da cama e o levanta, segurando-o com os braços por baixo das axilas e as mãos nas suas costas. Nunca puxa o idoso pelo(s) braço(s).
- Apoia as costas e os joelhos do idoso para sentá-lo.
- Pede para o idoso entrelaçar as mãos em volta do seu pescoço, para que os braços não fiquem soltos.
- Se o idoso não ficar em pé com segurança, coloca-o sentado em uma poltrona. Se necessário, utiliza uma contenção com um lençol amarrado na altura do abdômen para evitar queda.
- Posiciona a poltrona ao lado da cama e, após o idoso entrelaçar as mãos ao redor de seu pescoço, coloca-o em pé, girando-o em seguida até sentá-lo.
- Deixa a cabeça reta e cuida para o idoso não ficar jogado na cadeira.
- Mantém as pernas afastadas e dobradas, com os pés apoiados no chão ou em travesseiros.
- Apoia os braços com travesseiros, ou na própria cadeira/poltrona, dobrando-os com as palmas das mãos viradas para baixo, se possível.

- Mantém o tronco do idoso reto. Para posicioná-lo corretamente, segura-o por trás da cadeira, deixa os braços dele cruzados e segura seus antebraços, passando as duas mãos por debaixo de suas axilas.

28. Utiliza postura adequada para transferir o idoso de lugar.

- Mantém a postura correta da coluna, rotação e estabilidades dos membros que exercem a força.
- Utiliza a postura correta e adequada para desenvolver suas atividades.
- Respeita o alinhamento e equilíbrio.

29. Fornece apoio e/ou materiais necessários para posicionar o idoso.

- Providencia materiais/dispositivos para realizar o posicionamento, como travesseiros, almofadas, lençóis etc.

30. Avalia a necessidade de revezar a posição do corpo do idoso.

- Avalia a tolerância do idoso quanto aos decúbitos e à capacidade de se movimentar.
- Se possível, realiza a mudança de decúbito a cada duas horas. À noite, pode ser realizada quando for acordar o idoso para dar medicação ou realizar outro cuidado.

31. Utiliza postura adequada para posicionar cada parte do corpo do idoso corretamente.

- Para virar o idoso de lado, dobra as pernas do idoso e o segura por trás do ombro e no quadril, realizando o movimento de lateralização. Nunca o puxa pela(s) mão(s) ou pelos antebraços/braços.

32. Reveza a posição do corpo do idoso quando ele está deitado.

- Alterna os decúbitos a cada duas horas: decúbito dorsal (com a face voltada para cima), decúbito lateral esquerdo (lado esquerdo), decúbito lateral direito (lado direito).

ANEXO D – Caregiver Burden Scale (CBS)⁶

I. Tensão Geral

1. Você acha que está enfrentando problemas difíceis de resolver ao cuidar do seu parente?
2. Você acha que está assumindo responsabilidades demais para o bem-estar do seu parente?
3. Você, às vezes, se sente com vontade de fugir desta situação em que se encontra?
4. De um modo geral, você se sente cansado e esgotado fisicamente?
5. Você se sente preso pelo problema do seu parente?
6. Você acha que é muito desgastante mentalmente cuidar do seu parente?
7. Você acha que a sua própria saúde tem sido prejudicada pelo fato de estar cuidando do seu parente?
8. Você acha que passa tanto tempo cuidando do seu parente que não sobra tempo para você?

II. Isolamento

9. Você evita convidar amigos e conhecidos para a sua casa por causa do problema do seu parente?
10. O tempo para sua vida social com a família e os amigos diminuiu?
11. O problema do seu parente impediu você de fazer o que havia planejado nesta fase da sua vida?

III. Decepção

12. Você acha que a vida tem sido injusta com você?
13. Você esperava que a vida, na sua idade, fosse diferente do que é?
14. Você se sente sozinho e isolado por causa do problema do seu parente?
15. Você acha que é cansativo cuidar do seu parente?
16. Você tem tido dificuldades financeiras por estar cuidando do seu parente?

IV. Envolvimento Emocional

17. Você sente, às vezes, vergonha do comportamento do seu parente?
18. Você alguma vez já se sentiu ofendido e com raiva do seu parente?
19. O comportamento do seu parente deixa você em situação embaraçosa, difícil, perante outras pessoas?

V. Ambiente

20. O ambiente de sua casa é difícil para você cuidar do seu parente?
21. Você se preocupa em não estar cuidando do seu parente?
22. Existe algo no bairro onde mora seu parente que dificulta você cuidar dele (dificuldade em pegar transportes, difícil acesso a farmácias e/ou serviços médicos, problemas com vizinhança)?

⁶ MEDEIROS, M. M. *et al.* Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do "Caregiver Burden scale". *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 38, n. 4, p. 193-199, 1998.

RESPOSTAS: 1= De modo algum; 2= Raramente; 3= Algumas vezes; 4= Frequentemente.

SCORE TOTAL: Média aritmética dos valores equivalentes às respostas das 22 questões.

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM TECNOLOGIA DIGITAL PARA CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS AVC: ENSAIO PRAGMÁTICO RANDOMIZADO

Pesquisador: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59589922.0.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.512.700

Apresentação do Projeto:

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa de morte e incapacidade no Brasil (WHO, 2020), sendo mais prevalente em idosos. Este evento pode ocasionar perda da capacidade funcional para o paciente e consequente necessidade de um cuidador que precisa receber orientações sobre como realizar os cuidados, especialmente porque a transição do cuidado do hospital para o domicílio é um dos períodos mais críticos, no qual a família requer maior apoio. Dessa forma, considera-se como requisito de boas práticas uma intervenção estruturada para treinamento do cuidador, que inicie na internação hospitalar, com seguimento após a alta. Com a pandemia da COVID-19, as estratégias virtuais de apoio aos cuidadores têm sido mais utilizadas. **Objetivo:** Analisar a efetividade de uma intervenção educativa virtual na capacidade e desempenho de cuidadores familiares cuidarem de idosos com sequela de AVC. **Métodos:** Estudo pragmático (EP) randomizado com cuidadores de idosos internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) por AVC. A captação dos participantes será no Serviço de Emergência, na Unidade de Cuidados Especiais de AVC (UCE-AVC) e nas demais unidades de internação clínica. Serão incluídos os cuidadores familiares acima de 18 anos com acesso à internet e telefone. Os participantes serão randomizados em grupo intervenção (GI) (29) e grupo controle (GC) (29), por meio de lista gerada na página randomization.com. A intervenção para o GI

Endereço: Avenida Protásio Alves 211 5º andar Bloco C Portão 4
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.440-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.512.700

será realizada por enfermeiras e consistirá em uma ação educativa virtual através de um curso massivo, aberto e online (MOOC), além de contatos telefônicos realizados em: sete dias, 30 dias, 60 dias e 80 dias após a alta. Também será disponibilizada uma hotline aos participantes para fazerem contato, caso haja dúvidas. A intervenção visa instrumentalizar o cuidador familiar para assistir o idoso no domicílio em cuidados, como higiene, alimentação, posicionamento e transferência, baseado no Manual de Orientações para Cuidadores familiares de Idosos com AVC, previamente validado. Serão coletados os dados de identificação, os sociodemográficos e os de saúde dos idosos e de seus cuidadores. Será aplicada ao cuidador a Escala de Capacidades do Cuidador Informal de Idosos Dependentes por AVC (ECCIID-AVC), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) através de resultados e indicadores selecionados e a Caregiver Burden Scale (CBS). Ao idoso será aplicada a Medida da Independência Funcional (MIF) e dados sobre reinternações, sendo todas as escalas validadas para uso no Brasil. Três meses após a alta hospitalar (90 dias), os cuidadores e idosos serão reavaliados com os mesmos instrumentos. Os participantes do GC receberão as avaliações inicial e final. Para análise dos dados, será utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Será utilizada a técnica por intenção de tratar e as variáveis contínuas serão descritas como média e desvio padrão, ou mediana e intervalo interquartil. Para as variáveis categóricas, serão utilizados números absolutos e frequências relativas. Conforme a distribuição dos dados, as características basais dos grupos serão comparadas pelo teste t de Student e Mann-Whitney. Para análise da efetividade da intervenção nos desfechos, a diferença dos escores basais e finais serão avaliados pelo teste t de Student pareado, com intervalo de confiança de 95%, e será considerado como valor significativo $p < 0,05$. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

Objetivo da Pesquisa:

etivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Analisar a efetividade de uma intervenção educativa virtual, na capacidade e desempenho de cuidadores familiares cuidarem de idosos com sequelas de AVC.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- Construir e desenvolver um curso massivo, aberto e online para cuidadores familiares de idosos que sofreram AVC.
- Validar os indicadores dos resultados "Conhecimento: controle do acidente vascular encefálico" e

Endereço: Avenida Protásio Alves 211 5º andar Bloco C Portão 4
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.440-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.512.700

"Desempenho do cuidador: cuidados diretos" da Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC que serão utilizados no estudo.

- Verificar o conhecimento do cuidador sobre o tratamento, prevenção da progressão e complicações do AVC com a intervenção oferecida.
- Verificar a sobrecarga dos cuidadores familiares e sua associação com a intervenção oferecida.
- Verificar a capacidade funcional dos idosos e sua associação com a intervenção oferecida.
- Verificar a reinternação hospitalar dos idosos e sua associação com a intervenção oferecida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Como risco, o processo de investigação pode gerar cansaço e algum desconforto aos participantes, além de maior consumo de dados móveis de internet, possivelmente. A integridade dos cuidadores e dos idosos com relação a danos temporários e permanentes será resguardada, uma vez que exercerão o livre direito de escolha, mesmo depois do aceite em participar da pesquisa, podendo desistir em qualquer etapa da investigação.

Benefícios: Entende-se que o benefício do estudo será qualificar a assistência aos cuidadores familiares na atenção ao idoso.

A relação risco/benefício do projeto submetido é aceitável e adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto de pesquisa guarda-chuva vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Doutorado Acadêmico.
- O estudo será desenvolvido no Serviço de Emergência, nas Unidades de Internação Clínica e na UCE-AVC, do HCPA.
- Participantes do estudo: Na primeira etapa do estudo os participantes serão enfermeiros convidados para compor o comitê de especialistas responsável pela validação dos indicadores NOC (Nursing Outcomes Classification). A seleção dos profissionais se dará por conveniência e estima-se que farão parte deste comitê 10 enfermeiros. Na segunda etapa, os participantes do estudo serão os cuidadores familiares de idosos com 60 anos ou mais, selecionados no momento da internação hospitalar que exercem o papel de principal provedor dos cuidados. O cuidador familiar

Endereço: Avenida Protásio Alves 211 5º andar Bloco C Portão 4
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.440-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.512.700

é entendido como a pessoa responsável pelos cuidados ao idoso no domicílio, não remunerado, e que pode ou não ser um membro da família.

- Critérios de Inclusão: membros do Grupo de Pesquisa em Envelhecimento e Enfermagem, enfermeiros com prática clínica no atendimento ao paciente idoso após AVC e enfermeiros com conhecimento e publicações na área das classificações de enfermagem para a validação dos indicadores NOC. Dados sociodemográficos e ocupacionais dos especialistas serão coletados para a sua pontuação e classificação nas respectivas categorias (APÊNDICE A). Os cuidadores familiares com idade acima de 18 anos que exercem o papel de principal provedor dos cuidados, não remunerado, a pacientes com 60 anos ou mais (de ambos os sexos), com diagnóstico médico de AVC na internação atual, atendidos no HCPA.

- Amostra: O cálculo amostral indicou o total de 52 participantes, sendo 26 em cada grupo. Acrescentando-se 10% para possíveis perdas e recusas, o tamanho da amostra deverá ser de 58 participantes.

- Recrutamento e Randomização: iniciará com a identificação dos pacientes com diagnóstico médico de AVC na internação atual, através de consulta diária ao sistema informatizado do HCPA. Os idosos captados receberão uma visita dos pesquisadores avaliadores, na unidade em que estiverem internados, para verificar a existência de cuidador familiar e para avaliar se ele e o idoso atendem aos critérios de inclusão deste estudo e quando será aplicado o check list (APÊNDICE D) de aptidão para acesso ao curso. Caso o cuidador presente neste momento não seja o cuidador principal (aquele que realizará os cuidados no domicílio) será feito contato telefônico para averiguar se os critérios de inclusão são atendidos, e será agendada a primeira avaliação no hospital. Os que aceitarem participar, assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) e, na sequência, serão coletados os dados basais. Após a aplicação dos instrumentos, os participantes serão randomizados para GC ou GI. Para tal, será utilizada uma lista gerada pela página eletrônica randomization.com, que seguirá uma ordem numérica na qual cada número já estará designado para um dos grupos aleatoriamente. Os pesquisadores avaliadores farão contato com um profissional externo ao grupo de pesquisa e este ficará responsável pela lista gerada e fará a alocação dos pacientes. Posteriormente, informará às enfermeiras intervencionistas os participantes que foram alocados no GI.

- Intervenção: visará instrumentalizar o cuidador familiar para assistir o idoso nas AVDs após a alta, e será realizada por duas pesquisadoras, por meio de um curso online no formato de MOOCs,

Endereço: Avenida Protásio Alves 211 5º andar Bloco C Portão 4
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.440-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.512.700

que são atividades educativas em ambientes virtuais desenvolvidas no meio acadêmico a partir de 2008. Estes cursos podem ser hospedados gratuitamente em diversas plataformas, como Lúmina e MOODLE.

- Controle: para este grupo não será oferecida a intervenção. O paciente e seu cuidador familiar receberão orientações de cuidado usuais durante a internação e o acompanhamento convencional na rede de serviços que eles têm acesso, sendo pública ou privada, da mesma forma que os participantes incluídos no GI. O GC irá receber duas avaliações para verificar os desfechos estudados: uma no início do estudo, na internação hospitalar com alta prevista, e outra na avaliação final, que ocorrerá três meses (90 dias) após a alta, através de conferência online. Nestas avaliações, os participantes não receberão dos pesquisadores avaliadores orientações de cuidado. Ao final do estudo, o MOOC será disponibilizado para todos os cuidadores.

- Análise dos Dados: será usado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28.0. Será utilizada a técnica por intenção de tratar, por meio da qual os desfechos nos grupos de estudos são comparados e cada participante é analisado de acordo com sua alocação aleatória, independentemente de ter ou não recebido a intervenção que lhe foi designada. Este tipo de análise protege contra viés de resultado e deve constituir a principal estratégia para avaliar a eficácia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – documento apresentado e adequado, atendendo aos parâmetros recomendados.

Recomendações:

Considerando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, os pesquisadores recomendamos os pesquisadores a assinarem o documento "Declaração de Cumprimento da LGPD", disponível em <https://sites.google.com/hcpa.edu.br/area-do-pesquisador/projetos/projetos-seres-humanos-e-outros/modelos-de-documentos> .

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de

Endereço: Avenida Protásio Alves 211 5º andar Bloco C Portão 4
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.440-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.512.700

acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS N.º 466/2012 e na Norma Operacional CNS/Conep N.º 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

- O projeto está aprovado para inclusão ou revisão de registros de 58 participantes neste centro.

- Deverão ser apresentados relatórios semestrais e um relatório final.

- Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular N.º 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

- Os projetos executados no HCPA somente poderão ser iniciados quando seu status no sistema AGHUse Pesquisa for alterado para "Aprovado", configurando a aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1961845.pdf	10/06/2022 15:43:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf	10/06/2022 15:42:08	Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/06/2022 15:34:11	Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_20220232_Lisiane.pdf	10/06/2022 15:26:30	Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Avenida Protásio Alves 211 5º andar Bloco C Portão 4
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.440-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.512.700

Não

PORTO ALEGRE, 06 de Julho de 2022

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Protásio Alves 211 5º andar Bloco C Portão 4
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.440-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br