

Sobrecarga em Cuidadores de Sujeitos com Afasia em Atendimento Fonoaudiológico

Maria Julia Odppis de Jesus¹, Rita Tonocchi², Giselle Massi³, Ana Cristina Guarinello⁴, Clarice Vaz Alves Cruz da Silva⁵, Rosyane Mayre Pimenta Natal⁶, Camila de Castro Corrêa⁷, Ana Paula Berberian⁸

Destaques:

- (1) Exposição de cuidadores de sujeitos com afasia a sobrecargas física e emocional.
- (2) Sobrecargas física e emocional em níveis de moderado a severo nos cuidadores.
- (3) Relevância de atenção aos cuidadores de sujeitos com afasia.

RESUMO

Nesta pesquisa objetivou-se analisar a sobrecarga quanto a aspectos social, emocional/subjetivo e físico para cuidadores de sujeitos com afasia em atendimento fonoaudiológico. Os participantes responderam a instrumento com questões relacionadas ao quadro de afasia bem como ao Protocolo de Sobrecarga Zarit. Observou-se a prevalência de cuidadores do sexo feminino, sendo todos membros da família, ou seja, cuidadores informais. Questões referentes à produção e compreensão da fala foram as que configuraram como de maior impacto para os cuidadores. Quanto à sobrecargas física e emocional, verificaram-se níveis de moderado a severo para a maioria desses cuidadores. Ressalta-se a importância de atentar para tais sobrecargas física e emocional às quais o cuidador está exposto, uma vez que interferem de forma significativa no próprio processo de reabilitação dos sujeitos com afasia.

Palavras-chave: afasia; cuidadores; barreiras de comunicação; qualidade de vida; fonoaudiologia.

OVERLOAD IN CAREGIVERS OF APHASIC INDIVIDUALS IN SPEECH-LANGUAGE THERAPY

ABSTRACT

In this research, the objective was to analyze the burden in terms of social, emotional/subjective and physical aspects for caregivers of subjects with aphasia in speech-language therapy. Participants answered the instrument on questions related to aphasia, as well as the Zarit overload protocol. There was a prevalence of female caregivers, all family members, that is, informal caregivers. Questions related to speech production and comprehension were the ones with the greatest impact for caregivers. As for physical and emotional overload, there were moderate to severe levels for most of these caregivers. It is important to pay attention to such physical and emotional overloads to which the caregiver is exposed, since they interfere significantly in the rehabilitation process of individuals with aphasia.

Keywords: aphasia; caregivers; communication barriers; quality of life; speech, language and hearing sciences.

¹ Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba/PR, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-1654-3814>

² Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7006-0541>

³ Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba/PR, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-4912-9633>

⁴ Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba/PR, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-6954-8811>

⁵ Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3633-9877>

⁶ Universidade Federal do Paraná. Curitiba/PR, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-2065-9860>

⁷ Centro Universitário Planalto do Distrito Federal – Uniplan. Brasília/DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5460-3120>

⁸ Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba/PR, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-7176-7610>

INTRODUÇÃO

A afasia é um quadro provocado por lesões cerebrais focais ou globais decorrentes, entre outras situações, de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), acometendo sobremaneira sujeitos em idade produtiva¹, podendo causar alterações nas modalidades de linguagem oral (compreensão e/ou produção) e/ou escrita (leitura e / ou escrita) e, por conseguinte, incapacidades funcionais, assim como limitações na expressão de seus sentimentos, pensamentos e desejos². Frequentemente, o quadro também é composto por alterações cognitivas, como dificuldades de atenção, percepção e memória³⁻⁵. A perda súbita da linguagem tem sido cada vez mais considerada como um importante fator de prejuízo na qualidade de vida dos sujeitos afásicos, despertando pesquisas sobre entendimento de diversos aspectos em torno da afasia^{6,7}.

Na afasia, diferentes subsistemas da linguagem podem ser afetados, como fonético-fonológico, sintático, semântico e/ou pragmático, ocorrendo, comumente, impacto de um sobre outro no funcionamento discursivo da linguagem dos sujeitos^{3,4}. Esta condição pode impactar nas suas relações interpessoais, fazendo com que se sintam excluídos do exercício do papel de adulto ativo no ambiente familiar⁸, criando dependências para desempenho de suas atividades da vida cotidiana em diferentes níveis de atenção e prejudicando sua qualidade de vida. Após o episódio que propiciou a afasia, é inserido um “novo sujeito” na família, com peculiaridades que, muitas vezes, não estavam presentes em seu cotidiano, como a dificuldade na comunicação⁹.

As afasias impactam a vida dos sujeitos acometidos e, conseqüentemente, de seus familiares e/ou pessoas que os rodeiam, pois interferem na capacidade comunicativa, na integração social, profissional e familiar e na qualidade de vida^{8,9}. Neste ponto convém enunciar que qualidade de vida não pode ser padronizada, uma vez que tem conotação individual e relaciona-se com diversos fatores, como saúde, trabalho, lazer, satisfação, entre outros¹⁰.

Em geral, a qualidade de vida do sujeito com lesão cerebral é proporcional à intensidade do impacto da afasia, posto que tal impacto depende da causa do episódio que resultou na lesão e de seu grau de extensão de aspectos pessoais desse sujeito (idade, ocupação, interesses culturais, escolaridade, entre outros), da possibilidade de intervenção, bem como da forma como ele, familiares e amigos reagem à alteração de linguagem¹⁰. Assim, ressalta-se que as dificuldades advindas de um quadro de afasia não estão relacionadas somente à localização, extensão e severidade da lesão cerebral, mas a hábitos, experiências, aspectos subjetivos e sociais do sujeito acometido¹¹, assim como de seus familiares, acarretando conseqüências emocionais e sociais devido não só à própria lesão cerebral, mas a limitações físicas, comunicativas e participativas que provocou. Sentimentos como raiva, frustração, labilidade emocional, dificuldades a nível da sexualidade e isolamento, assim como ansiedade, medo, desorientação e depressão¹², são comuns entre sujeitos com afasia, o que repercute nos seus relacionamentos afetivos e familiares^{8,9}.

Isto posto, ressalta-se que, para avaliar a qualidade de vida de sujeitos afetados por afasia, deve-se contemplar, além de aspectos clínicos, também aspectos subjetivos e sociais de suas vidas, como expectativas, percepções e emoções, mensurando a repercussão da doença e não a incapacidade do sujeito afetado¹¹. Nota-se que a afasia envolve a necessidade de ter conhecimento sobre situações orgânicas e linguísticas ante a relação de “concomitância” entre cérebro e linguagem, sendo a fala do sujeito acometido considerada um “problema linguístico” e, portanto, enfrentando a heterogeneidade e a singularidade da fala do afásico¹³.

Quanto à linguagem, a visão focada no “bem falar” ecoa em várias esferas da vida do sujeito acometido pela afasia, primordialmente na esfera familiar. Em geral, o sujeito que apresenta sua linguagem afetada por uma patologia será incluído em um grupo da sociedade que carece de voz, sendo conferido a ele estigma como “aquele que fala errado”². A linguagem desempenha um papel

fundamental nas atividades humanas, e a dificuldade de comunicação afeta tanto o sujeito com afasia quanto seus familiares, levando a uma ruptura geralmente abrupta na vida de todos os envolvidos^{8,9}.

Diante de dificuldades na linguagem, com frequência o sujeito com afasia sente-se envergonhado e isola-se devido à sua condição, além de ser constantemente marcado pelo que conseguia realizar e não consegue mais. Tais fatos podem provocar sentimento de pena em relação a esse sujeito, sendo visto como alguém com “deficiência”, incapaz e numa posição de “não falante”. Esta imagem sobre as competências comunicativas do sujeito com afasia deve ser abordada por profissionais da área da saúde visando a diminuir o estigma gerado pela fala alterada e ressaltar acerca do tratamento fonoaudiológico, uma vez que o fato de outros, incluindo os cuidadores, considerarem o sujeito com afasia como incapaz, como aquele que perdeu o que tinha e precisa reaprender tudo desde o início, acaba por contribuir para que esse sujeito fique afastado de suas vivências sociais e laborais. Habitualmente, mesmo após a evolução do quadro de afasia, os cuidadores continuam lidando com o sujeito como quem sempre necessitará de cuidados para auxiliá-lo em seu cotidiano e, muitas vezes, agindo com ele de forma infantilizada¹¹.

Nesse sentido, evidencia-se a importância de ações dialógicas no trato com a linguagem de sujeitos com afasia para que seja possível estabelecer, de forma mais efetiva, a significação e a ressignificação diante das dificuldades de linguagem, uma vez que essas ações, além de envolver habilidade linguística do falante, desempenham papel privilegiado na construção das identidades sociais e relações interpessoais. À vista disso, destaca-se que o bom desempenho na linguagem nos quadros de afasia contribui para facilitar a atividade de seu cuidador, bem como para ampliar engajamento nas atividades de vida diária e qualidade de vida, tanto para ele quanto para esse cuidador¹⁴.

De maneira usual, contudo, verifica-se que o cuidador tem seu papel centrado em aspectos relacionados a sequelas motoras, ocasionadas pela lesão neurológica, que causam repercussão em afazeres e autonomia do sujeito afetado. Dessa forma, o cuidador auxilia em atividades diárias desse sujeito, como tomar banho, alimentar-se, trocar de roupa, caminhar e outras¹⁵. Por conseguinte, nesta perspectiva circunscrita em torno de sintomas físicos, ou seja, com foco na doença, “[...] a concepção de cuidar se limita ao cuidar físico no sentido de buscar a cura para a doença, portanto, centrado no mecanicismo da cura, daí resultando, também, a denominação de paradigma curativista.”¹⁶. Além, no entanto, de auxiliar no processo de reabilitação de aspectos físicos e funcionais, a prática de cuidar abrange sentidos emocionais/subjetivos e sociais dos envolvidos.

Nessa linha de argumentação salienta-se a necessidade de o cuidador passar por uma série de modificações e reencontros consigo mesmo, uma vez que, para que possa cuidar, é preciso que se fortaleça/empodere, buscando maneiras para estar bem física e emocionalmente e, assim, dedique-se ao ato de cuidar. Esse ato interfere no modo de viver dos cuidadores, posto que passam a maior parte do tempo cuidando de alguém, gerando a eles maior demanda e sobrecarga e, portanto, podendo acarretar problemas físicos, psicológicos e sociais aos mesmos^{17,18}.

No que se refere ao vínculo do cuidador com o sujeito com afasia, pode ser formal ou informal. Formal quando é um profissional capacitado e treinado para desempenhar tarefas com esse sujeito, e informal quando é um membro da família que abdica de seu tempo para cuidar dele. Não obstante, verifica-se que, na maioria dos casos, os cuidadores são membros da família, pelo fato de, muitas vezes, não ter condições financeiras para pagar um cuidador formal. Por isso, frequentemente eles não têm formação básica na área da saúde e tornam-se responsáveis a acompanhar e administrar as atividades de cuidar desses sujeitos, tendo papéis preponderantes nas suas autonomias^{8,9}. Tal fato leva, comumente, o familiar, que assume a função de cuidador, a deixar de fazer seus afazeres para dedicar seu tempo ao sujeito com afasia, gerando vários impactos na convivência da família. Além disso, o cuidador pode exercer, além das funções cotidianas básicas, as funções para o manejo de relações do sujeito com afasia, como assumir para si o papel de intérprete desse sujeito⁹. Ao arcar

com o compromisso de cuidador, o familiar passa a ter, além da sobrecarga de trabalho, responsabilidades e encargos financeiros, os quais referem que o cuidador familiar é a pessoa que assume e/ou administra as atividades de cuidar de um sujeito com dificuldades para seguir sua vida com autonomia e/ou conferir seus cuidados⁹.

Os familiares envolvidos sentem-se abalados, pois, sem preparo para lidar com a situação de limitação, ficam preocupados, angustiados, ansiosos, tristes e, pelo fato de estarem sobrecarregados física e emocionalmente, suas qualidades de vida sofrem dano^{14,18}, o que resulta em interferir negativamente na maneira como é realizado o processo de reabilitação da pessoa cuidada, além da possibilidade de criar desorganização nas estruturas familiar e financeira¹¹. Conforme estudo realizado¹⁵, há correlação estaticamente significativa entre a qualidade de vida do sujeito com afasia e a de seu familiar cuidador e vice-versa.

Diante do exposto, este trabalho objetiva analisar a sobrecarga em cuidadores de sujeitos com afasia no que se refere a aspectos social, emocional/subjetivo e físico, a fim de averiguar de que forma eles percebem que sua qualidade de vida foi afetada como resultado das obrigações intrínsecas ao papel de cuidador e das dificuldades de linguagem por parte desses sujeitos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem de caráter quantitativo descritivo e qualitativo com análise de conteúdo, realizado em uma clínica-escola de Fonoaudiologia em uma universidade privada da Região Sul do Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob nº 2.824.112.

Foram considerados, como critérios de inclusão, ser cuidador, acima de 18 anos de idade, de sujeito com diagnóstico fonoaudiológico de afasia, em atendimento na determinada clínica-escola de Fonoaudiologia. Como critério de exclusão, ficaram os que não se enquadraram neste perfil. O contato com os cuidadores foi realizado na sala de espera da referida clínica-escola, quando era esclarecida a proposta do estudo e feito o convite para a participação. A partir do aceite, o participante acompanhava a pesquisadora até uma sala reservada para coleta de dados desta pesquisa, quando eram detalhados objetivos, riscos e benefícios do estudo e, então, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aos cuidadores foi aplicado o Inventário de Sobrecarga de Zarit – *Caregiver Burden Interview* de Zarit e Zarit (1987), desenvolvido nos Estados Unidos da América, traduzido e validado no Brasil¹⁹. Trata-se de um instrumento considerado uma medida de referência, sendo amplamente utilizado para avaliar a sobrecarga do cuidador ante a suas obrigações intrínsecas ao ato de cuidar. O Inventário de Sobrecarga de Zarit é composto por 22 perguntas que avaliam o impacto da prestação de cuidado na vida do cuidador nos aspectos social, de bem-estar físico, emocional/subjetivo e financeiro. As respostas a cada item flutuam entre “nunca ocorre”, na escala considerada pontuação zero, a “sempre ocorre”, pontuando quatro, numa variação de cinco pontos. O escore total é obtido somando todos os itens e varia de zero a 88 pontos; quanto maior o escore, maior a sobrecarga do cuidador.

Ademais, foi realizada entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, a respeito de dados pessoais, rotina, qualidade de vida, percepções sobre a afasia e seus impactos, bem como linguagem. As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição ortográfica que subsidiou o tratamento e a análise dos dados.

As variáveis qualitativas foram consideradas a partir da Análise de Conteúdo²⁰, que divide o material em unidades e categorias segundo reagrupamentos analógicos. Realizou-se os seguintes procedimentos: pré-análise (leitura do material coletado), exploração do material (estabelecimento

das categorias) e interpretação dos dados. Os dados das falas dos cuidadores foram organizados nas seguintes categorias: A) impactos na rotina do cuidador com o sujeito com afasia; e B) visão do cuidador acerca da linguagem do sujeito com afasia. Para preservar as identidades dos cuidadores participantes esses foram identificados pela letra C seguida de um número, como C1, C2, C3, C4 e C5.

RESULTADOS

Em relação ao perfil dos cinco cuidadores participantes deste estudo, ocorreu predominância do gênero feminino, com idades entre 47 e 69 anos, e a maioria estudou até o Ensino Fundamental. No momento da coleta de dados todas dedicavam-se às questões domésticas e não estavam exercendo atividade de trabalho formal. Em relação ao parentesco, verificaram-se três mães e duas esposas, ou seja, a prevalência de cuidadores informais, o que está em consonância com estudos, uma vez que se observa que grande parte da população brasileira constitui um cuidador informal diante do adoecimento de algum membro da família devido à situação financeira familiar não permitir a contratação de um cuidador formal⁹. Em geral, portanto, algum membro da família assume papel de cuidador, muitas vezes abdicando de suas tarefas para cuidar do sujeito com afasia, sendo, geralmente, mulheres como esposas e/ou filhas^{9,15,18,21,22}. Geralmente a mulher é protagonista no papel do cuidado ofertado, o que é historicamente explicado pelo fato de essa função ser culturalmente atribuída ao sexo feminino, o qual se restringia a cuidar das atividades domésticas, responsabilizando-se pelo que está relacionado ao cuidar do outro¹⁷.

Conforme as categorias elencadas, apresentam-se excertos de discursos dos cuidadores participantes.

A) Impactos na rotina do cuidador com o sujeito com afasia:

C1: *“Assistir televisão, ficar em casa”... “Ele tem surtos de vez em quando; ele sai do ar por alguns minutos e isso aí mexe muito comigo; ele grita, tem alucinações... incomoda todo mundo.”*

C2: *“Ir nos médicos, exames, ir no parque, fazer caminhada”... “Ah, antes de acontecer ele era de um jeito e agora tá de outro... então, eu sentia ele uma pessoa diferente e agora, depois que ele ficou doente, ele não trabalha mais e ele tá diferente.”*

C3: *“É que eu não saio muito; é levar pra médico, fisio, fono, posto de saúde”... “O tempo, o meu tempo... de eu não poder costurar, de não poder dar atenção pro meu marido...”*

C4: *“Segunda a sexta a gente tem atividade toda manhã; aí tem a fono; aí terça-feira ele tem acupuntura; aí tem fisio; aí na quarta-feira ele tem fisio; aí ele tem massagem; na quinta-feira ele tem fisio e na sexta ele tem fisio... então, de segunda a sexta ele sai e, nesse intervalo, têm médicos, essas coisas... aí a tarde a gente sai, vai em mercado, vai, às vezes, na frutaria... aí a tarde ele descansa, porque fica bem cansado dessa correria... final de semana a gente vai em restaurante; e reuniões com amigos a gente não é muito de ir e de receber, só eventual”... “Quais as mudanças? O que eu posso te falar? Tudo mudou na minha vida depois do AVC, então, assim, é... tudo mudou, porque primeiro eu nunca quis ter filho, porque, assim, eu nunca tive a necessidade de ser mãe sabe, sempre gostei de ser filha; aí então a gente não teve filho; aí eu não trabalhava... aí tudo mudou quando ele teve o AVC; aí o que que aconteceu; aí eu tive que cuidar de um bebê né... aí tinha que dar banho, trocar a fralda... então, tudo mudou na minha vida, a rotina; você acaba vivendo quase que exclusivamente para aquilo; é como se tivesse um filho.”*

C5: *“Eu tento ajudar ele a entender; às vezes ele quer se omitir e eu falo não senhor, você vai porque você é igual a todo mundo, porque ele se sente envergonhado”... “Nossa; pra mim foi um choque porque eu não sabia como cuidar dele e sofri muito por causa disso; quase tive depressão por causa disso, porque eu não entendia nada, não sabia como cuidar, tinha medo que ele morresse e, nossa; não gosto nem de me lembrar disso, Deus o livre.”*

B) Visão do cuidador acerca da linguagem do sujeito com afasia:

C1: *“Antes era mais difícil de entender, agora a gente já tá entendendo... ele era usuário de droga, aí ele vivia internado; o pouco que ele ficava em casa ele aprontava; daí a gente nunca teve um diálogo, a gente nunca foi amigo, agora estamos sendo; ele é meu companheiro”... “Eu acho que ah, eu acho assim, milagre ninguém faz ... mas eu me preocupo muito com o futuro porque ninguém vai cuidar dele... então eu queria que ele ficasse um pouco mais independente pra ele se virar.”*

C2: *“Olha, o maior impacto foi a história da voz né; de ele não falar; me deixou mais abalada... assim, de ele não falar” ... “Assim, de eu conversar com ele e ele não saber me responder; ele sabe do que eu tô falando; só que ele não pode me responder porque ele não pode falar né” ... “Ah eu espero que ele fique bom né, que ele fale, porque outra coisa não tá atrapalhando, o que tá atrapalhando é a voz... ele entende tudo na cabeça, só a voz né... mas essa da voz me surpreendeu.”*

C3: *“Eu via ela muito irritada, nós não tínhamos diálogo, o mínimo do necessário; ah hoje a gente se entende, a gente tem um diálogo legal né”... “É exatamente quando ela não consegue; ela não consegue é falar; daí ela fica meio tensa e eu fico pensando em tudo... eu tento que ela explique de uma outra forma; ela se irrita.”*

C4: *“Ah antes ele era, meu Deus, era totalmente independente, curioso, ele era; aí, ele era tão diferente, assim ó, eu falo sempre assim que, é como, lembra daqueles vinil antigo que tinha lado A e lado B? É como se ele fosse o lado A e agora ele é o lado B; ele era calmo, aí, ele era bem diferente assim, não suportava ficar em casa; agora ele ficou irritado, ele não gosta mais de sair, mas principalmente da fala, eu sinto isso sabe”... “Às vezes eu falo e ele não entende; que é aí eu vejo, que é assim, eu tô com pressa, às vezes tenho um monte de coisa pra fazer; aí, nessa correria, às vezes, eu falo rápido e ele não entende. O que eu queria mesmo é que ele conseguisse ter a vontade de se comunicar com as pessoas, eu queira que ele conseguisse falar mais.”*

C5: *“Logo quando ele teve AVC, ele, nossa, foi muito dificultoso... e o que mais doeu na gente é que ele não reconhecia a gente como família, levou um ano, quase dois anos pra ele reconhecer; não que ele reconheceu, ele aprendeu a saber que nós é família... ele era superpessoa... ele falava bem, claramente, ele era o cabeça total da família... a fala é bem difícil... ele passou a chamar de mãe” ... “Nossa, é a fala dele, porque tem dias que eu não consigo entender nada nada nada... é o dia que ele tá bem agitado.”*

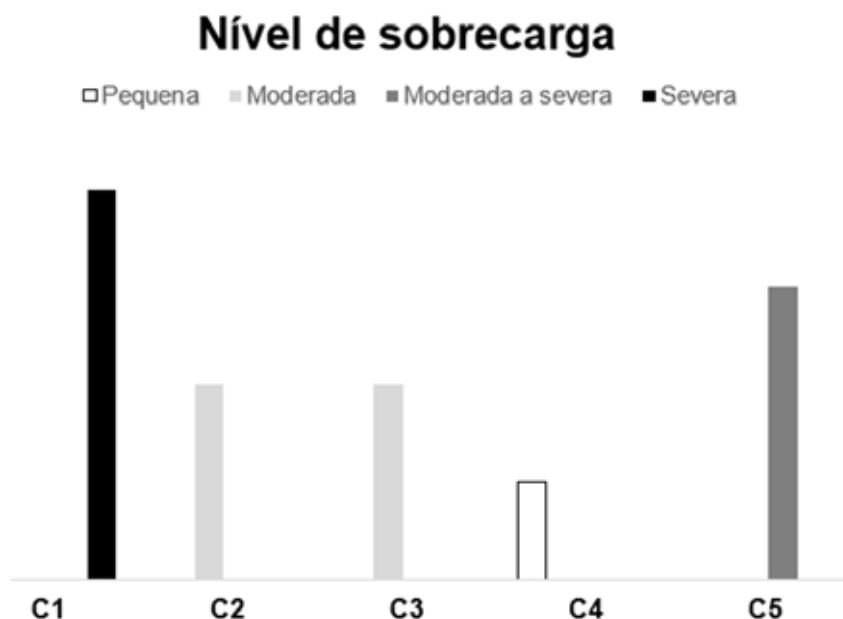
A seguir, na Tabela 1, apresentam-se respostas dos cuidadores em relação a situações de interação com o sujeito afásico, estratégias utilizadas e dificuldades que eles apresentam em relação à linguagem desse sujeito.

Tabela 1 – Resultados das respostas dos cuidadores sobre as estratégias perante as dificuldades no que se refere à comunicação

PERGUNTAS	RESPOSTAS DOS CUIDADORES
Nas relações sociais em que existem um diálogo você:	Fala pelo sujeito com afasia – 0 Aguarda o sujeito com afasia falar – 20% (C3) Tenta ajudar o sujeito com afasia – 80% (C1, C2, C4, C5)
Na sua relação com o sujeito com afasia, o diálogo acontece:	Pela fala – 20% Por gestos – 0 Por fala e gestos – 80 % (C2, C3, C4, C5)
A compreensão que o sujeito com afasia tem do que você fala é:	Impossível – 0 Um pouco difícil – 80% (C1, C2, C3, C5) Sem dificuldade – 20% (C4)
A sua compreensão sobre o que o sujeito com afasia fala e/ou faz é:	Impossível – 0 Um pouco difícil – 100% (C1, C2, C3, C4, C5) Sem dificuldade – 0
Como o sujeito com afasia reage quando não é compreendido:	Irritado/nervoso(a) – 40% (C4, C5) Calmo – 20% (C2) Decepcionado – 40% (C1, C3)

Legenda: C = cuidador.

Gráfico 1 – Nível de sobrecarga dos cuidadores participantes pelo Protocolo de Zarit¹⁹



Legenda: C = cuidador; somatória de pontos pelo Protocolo de Zarit (Classificação: 0-20 = pequena; 21-40 = moderada; 41-60 = moderada a severa; 61-88 = severa).

Estudo que utilizou a escala de Zarit²¹, aplicada a quatro familiares cuidadores de sujeitos afásicos antes e após uso de um programa educacional breve sobre afasia, a fim de verificar o efeito desse programa na sobrecarga e na qualidade de vida destes participantes, demonstrou que essa escala foi a única medida que apresentou uma tendência de melhoria em três participantes e nenhuma alteração em um deles.

As respostas dos cuidadores participantes e os dados apresentados na Tabela 1 e no Gráfico 1, permitem visualizar questões de ordem emocional/subjetiva e social relacionadas à vivência do cuidador junto ao sujeito com afasia, ou seja, acerca de suas qualidades de vida, considerando qualidade de vida como a percepção da pessoa sobre sua posição dentro do contexto em que vive, incluindo a cultura e os valores que guiam seus objetivos, padrões e expectativas, o que possibilita que aspectos emocionais/subjetivos e sociais revelem os estados ou as necessidades de vida/saúde dessa pessoa³.

DISCUSSÃO

No que se refere à categoria “Impacto na rotina do cuidador com o sujeito com afasia”, os participantes deste estudo relataram não ter mais tempo para si, como na fala de C4, que relatou ter mudado totalmente sua rotina após o evento neurológico e resultante quadro de afasia do sujeito, passando a dedicar-se exclusivamente para essa pessoa, comparando a cuidados a um bebê, com tarefas como trocar fralda e dar banho, gerando, assim, uma questão impactante e mudanças para ambos. Afasia, portanto, prejudica a vida do sujeito afetado, ocasionando privações ocupacionais e dificuldades para realizar atividades corriqueiras, como atender e mandar mensagens pelo telefone, conversar ou mesmo compreender o que é falado²³. Mais do que déficits motores, que podem comprometer atividades da vida diária, como autonomia para se locomover e realizar tarefas domésticas, a afasia tem grande impacto em expressão de pensamentos ou desejos, prejudicando o sujeito afásico a posicionar-se em ambientes de trabalho e familiar, o que leva a encontrar nesses sujeitos maiores taxas de angústia, depressão¹² e ansiedade e menor interesse em participar de atividades sociais²⁴.

Isto significa que dificuldade de linguagem referente ao quadro de afasia trata-se de uma das importantes causas da diminuição da qualidade de vida do sujeito, posto que os distúrbios de comunicação são encontrados em um terço dos pacientes com sequelas de AVC^{24,25}. Assim, a afasia tem sido identificada como uma condição com alto potencial para diminuir a qualidade de vida, mesmo quando comparada a outras doenças, como câncer e Alzheimer²⁴. Em análise dos resultados preliminares do impacto da terapia de grupo com uma fonoaudióloga sobre a qualidade de vida de pacientes com afasia mais de três meses após AVE, a presença de um cuidador demonstrou aumento significativo para o domínio da comunicação, verificado por meio da aplicação, a cada paciente participante desse estudo, do protocolo SAQOL-39²⁵.

Em vista disso, novas demandas são geradas devido ao quadro de afasia, e reorganizações das rotinas devem ocorrer. Familiares, amigos e cuidadores de sujeitos com afasia precisam ajustar-se à nova condição de comunicação de seus entes queridos. Eles, no entanto, podem não estar naturalmente preparados para esse ajuste, o que pode gerar estresse e aumentar o fardo e a frustração para ambos os lados²¹, em especial o sujeito afásico e o cuidador. Nessa direção, os cuidadores deparam-se com restrições no ambiente domiciliar, com impossibilidade de realizar suas atividades, e a nova rotina de cuidados para com o sujeito com afasia pode resultar em sentimentos como medo e angústia. Diante disto, entende-se que o cuidador pode estar exposto a eventos estressores no processo de cuidado do sujeito afásico, o que pode resultar em adoecimento de si próprio⁹.

Chama-se atenção, portanto, aos fatores que podem gerar impactos negativos na qualidade de vida desses cuidadores e a necessidade de refletir sobre o ato de cuidar¹¹. Estudos mostram que comprometimentos na qualidade de vida do cuidador acometem o processo de reabilitação do sujeito cuidado, posto que as sobrecargas testam seus limites físicos e emocionais/subjetivos. É importante que o cuidador informal contribua para o desenvolvimento da linguagem, diminuindo a angústia tanto do sujeito com afasia quanto a de si mesmo em relação às dificuldades de comunicação^{8,9}.

O impacto do adoecimento é muito maior do que simplesmente seu efeito sobre o sujeito afetado. Os familiares também são afetados por transformações emocionais/subjetivas, sociais e laborais. Em alguns casos, o cuidador anula sua vida particular para cuidar do sujeito com afasia e assume outras atividades no ambiente familiar. O impacto da afasia é percebido pelos familiares cuidadores como um caos que desmoronou uma estrutura anteriormente estabelecida, sendo vivenciada de maneira diferente pelos membros da família, sofrendo influências de conteúdos pessoais e de relacionamento que tinham com esse sujeito antes do evento^{16,18,22}.

A família pode sentir dificuldade para aceitar as limitações do sujeito com afasia^{15,18,22}, assim como estar abalada pela posição desse sujeito, ressaltando-se que em nosso país os sobreviventes de uma ocorrência neurológica que mais enfrentam a depressão e os baixos índices de qualidade de vida, são aqueles que apresentam déficits de comunicação. Assim, devido ao impacto da comunicação na qualidade de vida, pode-se depreender que os sujeitos que vivem com afasia estão entre os que mais sofrem de depressão e redução da participação social²⁶. Tal fato afeta a qualidade de vida dos cuidadores, uma vez que há correlação entre sua qualidade de vida e a do sujeito afásico¹¹, posto que pela enfermidade novas demandas são geradas e a família precisa se reorganizar e redefinir papéis para atender necessidades e estabelecer equilíbrio.

Diante da ocorrência de afasia em alguém da família, as relações conflituosas entre seus membros podem decorrer da dificuldade que essa família tem para aceitar o familiar acometido e suas limitações¹¹, uma vez que o episódio de lesão neurológica monopoliza a atenção do cuidador para o sujeito acometido, podendo ser extremamente desgastante, além de determinar algumas privações ou desistência de planos e sobrecargas física e emocional/subjetiva⁹.

A fim de minimizar essas sobrecargas, evidencia-se a importância da reabilitação do sujeito com afasia, o que foi manifestado neste estudo, considerando que se verificou que os cuidadores participantes apresentavam expectativas de que os sujeitos com afasia pudessem melhorar em relação à linguagem e serem mais independentes, aliviando tais sobrecargas. Além de terem tarefas direcionadas ao cuidado pessoal, os cuidadores participantes deste trabalho tinham de lidar, também, com questões linguísticas e com a preocupação em relação ao futuro e à autonomia do sujeito com afasia. Em consonância com este achado, estudos remetem à sobrecarga dos cuidadores, mencionando que, ao passar a ocupar a posição de cuidador, passa a ter, além de fardo referente ao trabalho, responsabilidades, encargos financeiros, incertezas e uma diminuição do tempo que ele tem para suas próprias demandas^{8,9,14,15,21}. Em relação aos cuidadores participantes desta pesquisa, em conformidade com outras investigações, constatam-se sobrecargas física e emocional/subjetiva, pois, como pode ser observado no Gráfico 1, a sobrecarga esteve entre moderada a severa para a maioria deles.

Relacionada à categoria “Visão do cuidador acerca da linguagem do sujeito com afasia”, diante dos problemas na compreensão e expressão, neste estudo constatou-se que a relação/comunicação entre o sujeito com afasia e seus cuidadores torna-se pouco eficiente. Assim, verificou-se que a afasia e as dificuldades por ela ocasionadas criam uma barreira social/comunicativa entre o sujeito acometido e cuidadores, dificultando a sustentação de relações interpessoais saudáveis e interações com o ambiente em que vivem²¹.

Pelo fato de não apresentarem uma atividade discursiva efetiva, os sujeitos afásicos foram considerados, na percepção dos cuidadores participantes desta pesquisa, geralmente, “decepcionados” ou “irritados/nervosos” quando não eram compreendidos. A maioria dos participantes relatou que tenta ajudar o sujeito com afasia a falar durante as relações sociais, porém tentando não falar por ele. Já a compreensão dos sujeitos com afasia é “um pouco difícil”, assim como é “um pouco difícil” compreender o que esse sujeito diz. Verifica-se, portanto, implicações da afasia tanto em expressão quanto em compreensão da linguagem, o que encontra suporte na literatura, posto que uma única lesão no cérebro pode prejudicar várias funções ao mesmo tempo e, conseqüentemente, levar a prejuízos sociais relevantes².

Assim, o fato de os sujeitos com afasia não conseguirem falar e/ou entender o que é dito a eles, acaba gerando uma sobrecarga para ambos e provocando impacto na vida de cada um em relação à comunicação. Especificamente no que diz respeito à linguagem, a afasia coloca o cuidador no papel de intérprete do sujeito que teve a linguagem prejudicada pelo quadro de afasia, passando a ser o mediador entre o sujeito sob seus cuidados e o mundo externo¹⁶.

Perante o exposto neste estudo, reforça-se a necessidade de oferecer suporte a cuidadores, favorecendo melhoria de sua qualidade de vida e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida do sujeito com afasia, posto que se a qualidade de vida desses cuidadores estiver afetada, certamente seus envolvimento e empenhos serão menores, interferindo, então, negativamente, no processo de reabilitação do sujeito afásico. É fundamental atentar, portanto, às situações do cuidador baseadas nas reais necessidades da díade sujeito afásico/cuidador informal^{18,9}. Os cuidadores de afásicos necessitam de orientação e acolhimento diante das demandas diárias, e é relevante dar voz a esta categoria para possibilitar um conhecimento mais aprofundado das suas necessidades e potencialidades¹⁷. Cabe enfatizar que os cuidadores têm papel extremamente importante nas interações com o sujeito com afasia, participando de diversas maneiras tanto nas suas relações quanto no processo de reabilitação, uma vez que a comunicação requer um esforço conjunto²⁶.

Logo, comprova-se a importância de profissionais da saúde oferecerem escuta e acolhimento aos cuidadores^{9,27} a partir de concepções do sujeito em sua integralidade, aproximando o contexto real, sem dissociar história e particularidades, abandonando o reducionismo e a fragmentação no cuidado por parte desses profissionais²³, o que advém do fato de se considerar que os sujeitos

envolvidos no cenário da afasia lidam com suas questões de modo singular e, por isso, a indispensabilidade de uma escuta atenta à singularidade³ proporcionada por meio de ações dialógicas. Sobre ações dialógicas, como atividades de promoção de saúde a idosos institucionalizados, observou-se que a interação social promove a produção e a troca de conhecimentos, fortalecimento de relações interpessoais, compartilhamento de experiências vividas e estabelecimento de confiança mútua²⁸.

Especificamente em relação ao profissional que atua na área da linguagem e suas alterações, salienta-se, aqui, o fonoaudiólogo^{6,7}. Ante as alterações de linguagem resultantes de um quadro de afasia, é a partir das interpretações e significações que esses cuidadores realizam que o sujeito vai se reconstituir. É sempre a partir do outro, do cuidado do outro, das considerações que o outro faz, que essa linguagem vai ter importância e, logo, permitir reinseri-lo em discursos e relações sociais^{6,7}.

Como atribuição dos cuidadores, entretanto, destaca-se quanto a valorizar o que o sujeito afásico consegue produzir, não o tratar como criança, não o julgar e não falar por ele. Ademais, tranquilizar e acolher esse sujeito quando não consegue expressar algo e oferecer suporte linguístico para que ele consiga realizar seu discurso, ajudando na colocação de informações pessoais e subjetivas, por exemplo, data de nascimento, endereço, trabalho e lembranças de momentos importantes, proporcionando, assim, motivos para que o sujeito com afasia consiga organizar o que quer produzir, favorecendo a construção de um diálogo e a superação da dificuldade^{8,9}.

Nesse sentido, o cuidador ajuda o sujeito com afasia a manter-se ativo^{10,11} em certa medida, uma vez que pode, dependendo do caso, estar afastado de seu trabalho e das atividades que apreciava realizar^{1,4,5}. Comumente, porém, os cuidadores informais aparentam estar em situações de pouca ou quase nenhuma condição de manter atividades pessoais de forma organizada, afetando, assim, sua qualidade de vida. São voluntários que possuem como fatores preponderantes a disponibilidade e a boa vontade, e que podem estar em condições desfavoráveis com falta de informação, desconhecimento sobre a enfermidade, exacerbação e sobrecarga de trabalho para uma única pessoa¹⁷.

Destarte, é preciso realizar estratégias relacionadas ao enfrentamento das situações cotidianas de cuidado, compreensão e aceitação por parte dos cuidadores, referente ao quadro do sujeito com afasia, assim como proporcionar oportunidades para que eles possam compartilhar seus sentimentos em relação à nova condição desse sujeito¹⁹.

Pelas dificuldades de sujeitos com afasia, mais uma vez aponta-se que seus cuidadores podem sofrer desgastes, tanto físico quanto emocional/subjetivo, o que mostra a magnitude acerca do desenvolvimento de trabalhos relacionados a esta população. Nessa direção, constatam-se ações a cuidadores que possuem vários objetivos e perspectivas, bem como realizam diferentes tipos de atividades relacionadas ao sujeito com afasia, como questões ligadas a cuidado, acolhimento ao sofrimento emocional perante a sobrecarga pelo ato de cuidar, reflexão, troca de informações e atenção à sua qualidade de vida^{10,11,14}, para que os cuidadores possam compartilhar experiências e se apoiar mutuamente⁹. Durante a aplicação de um programa educacional sobre afasia com cuidadores, indicou-se tendência de melhora da qualidade de vida e redução da sobrecarga desses cuidadores a partir desse programa²¹. Em geral, as necessidades de informação que familiares de sujeitos com afasia precisam estão em torno de três áreas temáticas: afasia, informação psicossocial e esperança²¹.

É fundamental que o processo de reabilitação de sujeitos com afasia não esteja concentrado em aspectos clínicos e biomédicos, mas tomado em um panorama de possibilidades junto a seus cuidadores no que se refere ao enfrentamento dos impactos sociais da afasia²⁶, abarcando todos os envolvidos nesse processo e seus sofrimentos relacionados aos usos e às dificuldades com a linguagem^{6,7,21}. Dessa maneira, destaca-se estudo²³ que identificou poucos instrumentos/protocolos dedicados a sujeitos com afasia relativos a todos os aspectos que envolvem a vida, com hegemonia dos que se direcionam apenas para as incapacidades. Em vista disso, ressalta-se a importância de

esses instrumentos/protocolos abordarem aspectos emocionais/subjetivos e sociais e considerarem o sujeito com afasia em todas as dimensões da sua vida, direcionando para um cuidado que reconheça suas reais preocupações, inseguranças e necessidades.

A evolução na comunicação das partes envolvidas gera melhora no procedimento de cuidar¹⁷. Pesquisas vêm ressaltando que as alterações da linguagem em casos de afasia não se restringem a explicações pautadas em aspectos orgânicos, mas, também, constituem-se na interação social^{6,7}, ou seja, considerando os que cercam o sujeito afásico, em especial seu cuidador. À vista disso, estudos com foco em familiares de pessoas com afasia mostraram benefícios, sugerindo que ações com esta população podem melhorar a comunicação entre eles, suas relações, nível de atividade funcional e conhecimento de afasia²¹.

Vale ressaltar o reduzido número de participantes como uma limitação do estudo, uma vez que foram esses que respeitaram os critérios de inclusão desta pesquisa no contexto da clínica-escola onde foi desenvolvido. Neste estudo é possível a ausência de resultados significativos diante da redução do tamanho da amostra e decorrente falta de domínio estatístico. Mesmo diante desse número reduzido, porém, ficou clara a relevância de atentar à tendência de impactos causados pela afasia no grupo de cuidadores informais bem como nos sujeitos com afasia, uma vez que se observa a relação entre os aspectos mais afetados verificados em grupos de familiares cuidadores e sujeitos afásicos, ou seja, há uma influência de mão dupla. A queda na qualidade de vida do sujeito com afasia interfere de maneira desfavorável na qualidade de vida do familiar cuidador, sendo o contrário também verdadeiro.

CONCLUSÃO

Cuidadores informais de sujeitos com afasia relataram sobrecarga física e emocional/subjetiva, queixando-se quanto à falta de tempo para as atividades pessoais e dificuldades relativas ao ato de cuidar. Neste cenário, também as dificuldades em relação à linguagem ficaram evidentes e configurou-se como uma questão central para o cuidador, tendo em vista que são eles que estão a maior parte do tempo com os sujeitos com afasia.

Salienta-se que cuidadores precisam estar bem física e emocionalmente, a fim de que haja possibilidade de vivenciarem o processo de reabilitação da melhor maneira e que possam valorizar as diferentes formas de linguagem/comunicação do sujeito com afasia. Incluindo e considerando o contexto dos cuidadores neste processo, acredita-se que será possível, aos sujeitos com afasia, a oportunidade de se comunicar de forma autônoma como protagonistas de seus discursos, sem a necessidade constante da presença de cuidador. Assim, pode-se ter uma consequência benéfica que é a de possibilitar ao cuidador mais tempo para si, minimizando a queixa de sobrecarga por parte dele. Introduzir, portanto, nas instituições de saúde programas de atenção aos cuidadores, conforme seus contextos e singularidades, pode contribuir para a promoção da saúde e, então, proporcionar melhor qualidade de vida a todos os envolvidos no cenário da afasia, em especial os abordados neste estudo – os cuidadores.

Uma vez que a amostra do estudo se limitou a cuidadores de sujeitos com afasia que frequentavam uma clínica-escola de Fonoaudiologia de uma determinada Universidade, o número de sujeitos foi pequeno, de forma que se destaca a importância de novas pesquisas com amostras maiores que abordem acerca do nível de sobrecarga em relação ao papel de cuidadores informais de sujeitos com afasia, a fim de corroborar os dados encontrados neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- ¹ Souchon NM, Krüger E, Eccles R, Pillay BS. Perspectives of working-age adults with aphasia regarding social participation. *Afr J Disabil.* 2020;15(9):713.
- ² Schuelter D, Muller PLN, Schillo R, Terçariol D, Pagnossim DF. Características audiológicas e habilidades de comunicação de pessoas com afasia. *Distúrb Comum.* 2017;29(3):448-461.
- ³ Möller CD, Bruckmann M, Barros GR, Santos Filha VAV, Fedosse E. Qualidade de vida de sujeitos com afasia participantes de um grupo interdisciplinar de convivência. *CoDAS*;33(6):e20190288, 2021.
- ⁴ Aguiar V, Zhao Y, Ficek BN, Webster K, Rofes A, Wendt H, Frangakis C, Caffo B, Hillis AE, Rapp B, Tsapkini K. Cognitive and language performance predicts effects of spelling intervention and tDCS in Primary Progressive Aphasia. *Cortex.* Mar. 2020;124:66-84.
- ⁵ Minkina I, Rosenberg S, Kalinyak-Fliszar M, Martin N. Short-Term memory and aphasia: from theory to treatment. *Semin Speech Lang.* Feb. 2017;38(1):17-28.
- ⁶ Chiamonte R, Pavone P, Vecchio M. Speech rehabilitation in dysarthria after stroke: a systematic review of the studies. *Eur J Phys Rehabil Med.* Oct. 2020;56(5):547-562.
- ⁷ Rangamani GN, Judovsky HM. Quality of Communication Life in People with Aphasia: Implications for Intervention. *Ann Indian Acad Neurol.* Sep. 2020;23(Suppl 2):S156-S161.
- ⁸ Beales A, Bates K, Cartwright J, Whitworth A. Lost for words: Perspectives and experiences of people with primary progressive aphasia and Alzheimer's disease and their families of participation in a lexical retrieval intervention. *Int J Speech Lang Pathol.* 2019;21(5):483-492.
- ⁹ Dresh IE, Olibone SFH, Arceno M, Furtado DBD. Atividades desenvolvidas para o fortalecimento de cuidadores familiares de indivíduos com afasia. *Rev Eletr de Extensão.* 2017;14(25):182-190.
- ¹⁰ Pitt R, Theodoros D, Hill AJ, Russell T. The impact of the telerehabilitation group aphasia intervention and networking programme on communication, participation, and quality of life in people with aphasia. *Int J Speech Lang Pathol.* 2019;21(5):513-523.
- ¹¹ Worrall L, Ryan B, Hudson K, Kneebone I, Simmons-Mackie N, Khan A, et al. Reducing the psychosocial impact of aphasia on mood and quality of life in people with aphasia and the impact of caregiving in family members through the Aphasia Action Success Knowledge (Aphasia ASK) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2016;17:153.
- ¹² Baker C, Worrall L, Rose M, Hudson K, Ryan B, O'Byrne L. A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. *Disabil Rehabil.* Aug. 2018;40(16):1.870-1.892.
- ¹³ Sembaluk AR, Marcolino-Galli J, Cordeiro MDSG, Bortolozzi KB. A formação de fonoaudiólogos no atendimento de afásicos: a opinião de alunos e egressos da graduação em Fonoaudiologia. *Distúrb Comum.* 2018;30(1):16-29.
- ¹⁴ Nicholas M, Jennelle L, Connor LT, Haynes C, Zipse L. Do caregiver proxy reports and congruence of client-proxy activity participation goals relate to quality of life in people with aphasia? *Int J Lang Commun Disord.* 2020;55(3):373-386.
- ¹⁵ Carleto N, Caldana ML. Correlação entre a qualidade de vida do paciente afásico e de seu familiar. *Distúrb Comum.* 2014;26(4):630-640.
- ¹⁶ Moleta F, Guarinello AC, Berberian AP, Santana AP. O cuidador familiar no contexto das Afásias. *Distúrb Comun.* 2011;23(3):343-351.
- ¹⁷ Queiroz DB, Arakawa-Belaunde AM. Cuidadores e fonoaudiologia. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2018;20(1):127-136.
- ¹⁸ Miolo SB, Machado MA, Pascotini FS, Fedosse E. Cuidadores informais de sujeitos com afasia: reflexões sobre o impacto no cotidiano. *Distúrb Comum.* 2017;29(4):636-463.
- ¹⁹ Queluz FNFR, Campos CRF, De Santis L, Isaac L, Barham EJ. Zarit Caregiver Burden Interview: evidências de validade para a população brasileira de cuidadores de idosos. *Rev Colombiana de Psicología.* 2019;28(1)99-113.
- ²⁰ Ziesemer NBS. Representação social de velhice e de cuidado entre cuidadores ocupacionais de idosos. Curitiba. Tese [Doutorado – Programa Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação] – Universidade Tuiuti do Paraná; 2017.
- ²¹ Magnus BH, Dias RF, Beber BC. Effects of a short educational program about aphasia (SEPA) on the burden and quality of life of family caregivers of people with aphasia. *CoDAS.* 2019;31(4):e20180218.
- ²² Tsukamoto HF, Almeida AF, Bortolotti LF, Ribeiro EA, Egydio FR, Salvador GA, Silva PLS. A Problemática do Cuidador Familiar: os Desafios de Cuidar no Domicílio. *Rev Saúde e Pesquisa.* 2010;3(1):53-58.
- ²³ Silva EB, Delboni MC, Fedosse E. Avaliação de sujeitos com afasia: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Cefac.* 2020;22(1):e13218.

- ²⁴ Lima, RR, Rose ML, Lima HN, Guarinello AC, Santos RS, Massi GA. Socio-demographic factors associated with quality of life after a multicomponent aphasia group therapy in people with sub-acute and chronic poststroke afasia. *Aphasiology*, 2020.
- ²⁵ Lima RR, Massi GA, Guarinello AC, Silveira NC, Cuozzo LG, Weber AH, Cabral NL, Lima, HN. The impact of group therapy for aphasia on quality of life. *Aphasiology*. 2018;32(sup1):126-127.
- ²⁶ Abreu EA, Balinha DM, Costa MLG, Brandão L. Afasia e inclusão social: panorama brasileiro na Fonoaudiologia. *Distúrb Comum*. 2021;33(2):349-356.
- ²⁷ Rombough RE, Howse EL, Bartfay WJ. Caregiver strain and caregiver burden of primary caregivers of stroke survivors with and without aphasia. *Rehabil Nurs*. 2006;31(5):199-209.
- ²⁸ Carvalho TP, Willig MH, Kalinke LP, Ziesemer NBS, Berberian AP, Massi GAA. Representações sociais de idosos institucionalizados acerca da promoção da saúde por meio de ações dialógicas. *Rev Contexto & Saúde*. 2020;20(40).

Submetido em: 28/10/2022

Aceito em: 2/11/2022

Contribuições dos autores:

Concepção e desenho do estudo:

Maria Julia Odppis de Jesus
Rita Tonocchi
Giselle Massi
Ana Cristina Guarinello
Clarice Vaz Alves Cruz da Silva
Rosyane Mayre Pimenta Natal
Camila de Castro Corrêa
Ana Paula Berberian

Revisão de literatura:

Rita Tonocchi
Giselle Massi
Ana Cristina Guarinello
Ana Paula Berberian

Aquisição de dados:

Maria Julia Odppis de Jesus
Rita Tonocchi

Análise e interpretação de dados:

Rita Tonocchi
Camila de Castro Corrêa
Rosyane Mayre Pimenta Natal

Elaboração do manuscrito:

Maria Julia Odppis de Jesus
Rita Tonocchi, Giselle Massi
Ana Cristina Guarinello
Clarice Vaz Alves Cruz da Silva
Rosyane Mayre Pimenta Natal
Camila de Castro Corrêa
Ana Paula Berberian

Revisão intelectual do manuscrito:

Maria Julia Odppis de Jesus
Rita Tonocchi
Giselle Massi
Ana Cristina Guarinello
Clarice Vaz Alves Cruz da Silva
Rosyane Mayre Pimenta Natal
Camila de Castro Corrêa
Ana Paula Berberian

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Autora correspondente:

Rita Tonocchi
Universidade Tuiuti do Paraná
Rua Padre Ladislau Kula, Nº 395, Santo Inácio, Curitiba/PR, Brasil. CEP 82.010-210
E-mail: rita.tonocchi@utp.br

EDITORES

Editor associado: Dr. João Luis Almeida da Silva
Editora-chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Todo conteúdo da Revista Contexto & Saúde
está sob Licença Creative Commons CC – By 4.0.