

Pacientes sequelados por acidente vascular encefálico em cuidado domiciliar: caracterização de um grupo de doentes e cuidadores

Patients sequelated by stroke in home care: characterization of a group of sick and caregivers

DOI:10.34119/bjhrv4n2-153

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 15/03/2021

Eveline Michelle Lima da Silva

Enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento da Cidade de Eusébio-CE. Especialista em Urgência e Emergência.

Endereço: Rua Irmã Ambrosina, 257, Centro; Eusébio-CE, 61.760-000.

E-mail: evelinemichelleenf@outlook.com

Consuelo Helena Aires de Freitas

Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará
Instituição: Universidade Estadual do Ceará

Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Itaperi, Fortaleza-CE, CEP: 60714903

E-mail: consueloaires@yahoo.com.br

Huana Carolina Cândido Morais

Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Endereço: Rodovia CE-060, Km 51, s/n, 62785-000, Acarape – CE

E-mail: huanacarolina@yahoo.com.br

Vanuza Nunes de Oliveira

Graduanda em enfermagem

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau

Endereço: Av Aguanambi, 251, José Bonifacio, Fortaleza-CE, CEP: 60055-400

E-mail: ovanuza772@gmail.com.br

Nair Assunta Antônia Corso Câmara

Enfermeira Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Endereço: Rua Ávila Goulart, 900, Papicu, Fortaleza-CE, CEP: 60150-160

E-mail: naircorso@hotmail.com

Regina Kelly Guimaraes Gomes Campos

Professora Mestre do Curso de Enfermagem.

Instituição: Centro Universitário Católica de Quixadá

Endereço: Rua Juvêncio Alves, 660, Centro, Quixadá –CE, CEP: 63900-257

E-mail: reginakellyguimaraescampos@gmail.com

Liene Ribeiro de Lima

Professora Mestre do Curso de Enfermagem.

Instituição: Centro Universitário Católica de Quixadá
Endereço: Rua Juvêncio Alves, 660, Centro, Quixadá –CE, CEP: 63900-257
E-mail: lienelima@unicatolicaquixada.edu.br

Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva
Professora Doutora do Curso de Enfermagem
Instituição: Centro Universitário Católica de Quixadá
Endereço: Rua Juvêncio Alves, 660, Centro, Quixadá –CE, CEP: 63900-257
E-mail: samia.jardelle@gmail.com

RESUMO

O objetivo foi realizar a caracterização de um grupo de pacientes sequelados por Acidente Vascular Encefálico (AVE) em cuidado domiciliar e de seus cuidadores. Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em quatro unidades básicas de saúde (UBS) do município de Quixadá-CE. Participaram 33 pacientes com diagnóstico de AVE, sequelados e que estavam em acompanhamento no domicílio pela UBS. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário semi-estruturado, no domicílio. Com base nos achados, predominaram mulheres (60,7%), com idade média de 69,63 anos. Todos os pacientes utilizavam o Sistema Único de Saúde (SUS), porém 24% estavam insatisfeitos com o atendimento; 75,8% recebiam visita domiciliar apenas dos agentes de saúde, 97% desconheciam qualquer outra rede de apoio para pacientes com AVE. Concluiu-se que a ausência da assistência de redes de apoio na comunidade, influencia na carência do apoio social em suprir necessidades biopsicossociais do paciente e do cuidador.

Palavras chave: Assistência Domiciliar, Acidente vascular encefálico, Enfermagem, Cuidado.

ABSTRACT

The objective was to characterize a group of patients sequelaed by stroke in home care and their caregivers. Descriptive study with a quantitative approach, carried out in four basic health units (UBS) in the city of Quixadá-CE. Thirty-three patients diagnosed with strokes, who were being monitored at home by the UBS, participated in the study. Data collection took place through a semi-structured questionnaire at home. Based on the findings, women (60.7%) predominated, with a mean age of 69.63 years. All patients used the Unified Health System (SUS), however 24% were dissatisfied with the service; 75.8% received home visits only from health agents, 97% were unaware of any other support network for stroke patients. It was concluded that the absence of assistance from support networks in the community, influences the lack of social support in meeting the biopsychosocial needs of the patient and caregiver.

Keywords: Home Care, Stroke, Nursing, Care.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) causa inúmeras sequelas físicas, e mentais, restringe as atividades de vida diária e traz consigo várias repercussões sociais para o paciente e seus familiares¹. Anualmente, são registradas 70 mil mortes por AVE

no Brasil, sendo responsável por um grande número de internações hospitalares, revelando-se um grave problema de saúde pública².

A doença pode ser classificada em dois grupos: AVE isquêmico e AVE hemorrágico. O mais frequente, ocorrendo em 85% dos casos, é o AVE isquêmico, que se caracteriza pela interrupção do fluxo sanguíneo (obstrução arterial por trombos ou êmbolos) em uma determinada área do encéfalo. Já o AVE hemorrágico caracteriza-se pelo rompimento de um vaso, provocando sangramento no cérebro³.

Os déficits neurológicos variam conforme a localização da lesão vascular, do tempo de perfusão inadequada e da existência de circulação colateral. As principais sequelas decorrentes do evento cerebrovascular são: paralisias, déficit sensitivo, prejuízo na linguagem/comunicação, alterações na memória, apraxias, déficit visual, alterações de comportamento, depressão, e alterações graves como lesões de tronco cerebral⁴.

Após a hospitalização inicial, 80% dos sobreviventes de AVE retornam ao domicílio. Para tanto, o paciente e família necessitam adaptar-se às modificações impostas pela doença. Dentre elas, pode-se citar a dependência física decorrente das incapacidades funcionais, a qual leva a mudanças nas relações familiares, à demanda de cuidados relacionados com as atividades de vida diária, ao isolamento social e à perda da qualidade de vida. Tal situação de adoecimento exige o cuidado da equipe multiprofissional de saúde, com destaque para o enfermeiro⁵.

Na enfermagem, o foco da atenção é o ser humano, com suas necessidades biopsicossocio-espirituais e a função precípua do enfermeiro é o cuidado de enfermagem, cujo objetivo centra-se na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na recuperação e reabilitação da saúde⁶.

Ademais, o paciente com AVE por tornar-se dependente, requer um cuidador domiciliar, o qual assume a responsabilidade por cuidados, na maioria vezes, complexos e de difícil execução¹. Diante disso, o cuidado domiciliar é indispensável. Para tanto, faz-se necessário um sistema de cuidados ao paciente e família, mediante a estruturação de redes de cuidado existentes na comunidade. Essas redes de cuidados uniformizam-se para que o cuidado se torna eficaz e de fácil execução. O cuidado dos pacientes deve ser de forma integral e, essa ação de integralidade só pode ser feita se o cuidado for organizado em redes, cada uma com sua ação e significado de apoio, porém, com mesmo objetivo da assistência⁷.

Cada serviço tem que ser pensado como componente fundamental da integralidade do cuidado. A rede de cuidado aos pacientes e comunidades envolvem redes de apoio e

apoio social que deveriam existir de modo complementar à assistência ao paciente, ao cuidador e a família. Vale ressaltar que as redes de apoio e apoio social compõem as redes de cuidados citada no texto. As redes de cuidado são fundamentais para as pessoas com deficiência física por oferecerem suporte para superar as diversas dificuldades⁸.

Acredita-se que o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar de saúde, principalmente de enfermagem, é de suma importância. Para tanto, é necessário o estabelecimento de vínculo entre paciente, familiar e profissional de saúde, visando melhorar a qualidade do atendimento e da assistência ao paciente com AVE. Nesse sentido, as redes de apoio podem contribuir no cuidado ao paciente com AVE por meio de orientações aos pacientes e cuidadores sobre a doença e cuidados no domicílio, e acompanhamento psicossocial para as dificuldades enfrentadas.

2 OBJETIVO

O estudo objetiva realizar a caracterização de um grupo de pacientes sequelados por AVE em cuidado domiciliar e de seus cuidadores.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas no município de Quixadá-CE, nos meses de agosto e setembro de 2016. Participaram do estudo 33 pacientes com diagnóstico de AVE que eram acompanhados no domicílio pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entre os pacientes que apresentaram limitações cognitivas e/ou comunicativas, as informações foram solicitadas ao cuidador principal.

Para a coleta de dados, foi realizado o contato prévio com os enfermeiros e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) das UBS para identificar os pacientes acompanhados no domicílio com sequelas de AVE. Após o levantamento dos doentes, foi efetuado o agendamento da visita domiciliar da pesquisadora juntamente com o ACS no dia mais cômodo para o paciente. Foi utilizado um questionário elaborado pela própria pesquisadora para nortear a obtenção dos dados, contemplando aspectos de caracterização socioeconômicos e demográficos, hábitos de vida e história clínica da doença, grau de dependência, por meio da Escala de Barthel Modificada, as redes de apoio que paciente utiliza e necessidade de cuidados domiciliares a serem executados pelo cuidador.

Analisaram-se os dados obtidos mediante estatística descritiva com o auxílio do programa estatístico EPI INFO 7.2. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas

e discutidos na literatura pertinente. Respeitaram-se todos os princípios éticos, com submissão e aprovação Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Filosófico Teológico Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão – Faculdade Católica Rainha do Sertão (CAAE 48573515.8.0000.5046).

4 RESULTADOS

Dentre as características sociodemográficas dos pacientes sequelados por AVE, verificou-se a prevalência do sexo feminino (60,7%); idade média de 69,63 anos; estado civil, casado (63,06%); aposentados (93,09%); renda familiar, entre dois a três salários mínimos (69,7%), conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes com AVE segundo os dados sociodemográficos, Quixadá (CE), Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	10	30,3%
Feminino	23	60,7%
Estado Civil		
Casado	21	63,6%
Solteiro	6	18,2%
Viúvo	5	15,2%
Divorciado	1	3,0%
Renda		
<1 salário	9	27,3%
1-3 salários	23	69,7%
> 3 salários	1	3,0%
Ocupação		
Aposentado	31	93,9%
Pensionista	2	6,1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A tabela 2 mostra as características clínicas dos pacientes com AVE. Com relação aos fatores de risco identificados, 100% dos pacientes eram hipertensos, 39,4% eram diabéticos, 36,4% eram tabagistas e 18,2% usavam álcool semanalmente.

Verificou-se que a maioria dos pacientes apresentavam incapacidade funcional em decorrência de sequelas neurológicas como déficit motor (39,39%), 27% distúrbio na fala, 24% paralisia facial, e 9% perda de memória. Observou-se durante a aplicação do questionário que alguns pacientes possuíam mais de uma sequela. Cerca de 6% relataram

melhora significativa do déficit motor (paralisia facial) após a reabilitação com sessões de fisioterapia. Com relação à mobilidade física, 84,84% dos pacientes necessitavam de ajuda de terceiros para deambulação/transferências. Mediante a aplicação da Escala de Barthel modificada, apenas 15,15% conseguiam desempenhar as atividades da vida diária de forma independente, 48,48% dos pacientes eram dependentes e 36,36% dependiam parcialmente de ajuda.

Tabela 2: Distribuição dos pacientes segundo fatores de risco, tempo de AVE, tipo de sequela, classificação segundo Barthel Modificado e mobilidade física. Quixadá (CE), Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Fatores de risco		
Hipertensão Arterial	33	100%
Diabetes	13	39,4%
Tabagismo	12	36,4%
Etilismo	7	21,2%
Tempo de AVE		
< 1 ano	6	18,1%
1-3 anos	9	27,2%
3-5 anos	7	21,2%
>5 anos	11	33,3%
Tipo de Sequela Neurológica		
Hemiplegia/Hemiparesia	13	39,3%
Dislalia	9	27,2%
Paralisia Facial	8	24,2%
Perda da memória	3	9,0%
Escala de Barthel Modificado		
Dependente	16	48,4%
Independente	5	15,1%
Parcialmente dependente	12	36,3%
Mobilidade Física		
Com ajuda	16	48,4%
Sem ajuda	17	51,5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

No grupo de pacientes do estudo, todos utilizavam o SUS para atender suas demandas de saúde. Contudo, apenas 24,2% estavam satisfeitos com o atendimento recebido durante o percurso na rede de saúde em decorrência do AVE. Muitas dificuldades foram relatadas pelos pacientes para ter acesso ao serviço de saúde na UBS e por meio da visita domiciliar: dificuldade de deslocamento/falta de meio de transporte para levar o paciente para consultas na UBS (48,2%); demora em receber atendimento na

UBS, não sendo respeitado a prioridade em relação à idade e incapacidade física (34,4%) e demora em receber a visita domiciliar pela equipe de saúde (médico/enfermeiro) (45,5%). Cerca de 75% dos pacientes recebiam visitas apenas dos ACS mensalmente.

Verificou-se que, com relação ao recebimento de informações educativas sobre o AVE e os cuidados para continuidade da assistência no domicílio, 63,6% dos pacientes receberam orientações apenas durante a internação hospitalar pelo AVE, especificamente no momento da alta; 30,3% foram orientados sobre cuidados como alimentação, higiene, cuidados com a prevenção de lesões cutâneas e uso das medicações, quando buscaram atendimento na UBS, em virtude de alguma complicação clínica do paciente e 6,1% receberam orientações de profissionais da saúde pertencentes a outros serviços de saúde que não fazem parte do ciclo de assistência da ESF como médicos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas que atuavam no hospital municipal da cidade e na clínica escola de fisioterapia.

Quanto investigado sobre existência de algum serviço na comunidade que funcionasse como rede de apoio ao paciente com AVE, 97% dos entrevistados desconheciam qualquer tipo de serviço direcionado a esse fim, e 3% relataram que contavam com auxílio da associação dos moradores do bairro e a clínica escola de fisioterapia de um centro universitário da cidade de Quixadá-CE. Com relação ao recebimento de aporte financeiro, apenas 33,3% dos pacientes recebiam benefício por incapacidade temporária do INSS (Instituto Social do Seguro Social).

Mediante a caracterização dos cuidadores dos pacientes, verificou-se que todos eram do sexo feminino, a idade média foi de 48 anos e a escolaridade prevalente, ensino fundamental completo (47,4%), e eram cuidadoras informais, ou seja, não recebiam remuneração para cuidar. Com relação à identificação de doenças e agravos nos cuidadores, 42,1% possuíam doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e 26,3% relataram adoecimento psíquico como ansiedade e depressão. No tocante aos cuidados domiciliares realizados pelo cuidador, 89,5% dos cuidadores prestavam os cuidados de modo contínuo, 24 horas por dia. As principais atividades efetuadas foram: banho (27,3%) e toalete (12,1%), preparo e oferta da alimentação (36,3%), administração de medicamentos (24,24%) e auxílio nas transferências e locomoção dos pacientes (86,10%).

Diante das atividades realizadas e da ausência de pessoas para auxiliar no cuidado domiciliar, algumas cuidadoras sentiram-se sobrecarregadas (42,1%), principalmente nos pacientes acamados e com elevado grau de dependência, e 52,6% sentiram-se

sobrecarregados parcialmente. Além disso, 73,7% relataram que, após assumirem o cuidado do familiar sequelado por AVE, ocorreram mudanças significativas na rotina familiar e abandono do trabalho para se dedicarem inteiramente ao cuidado do doente. Algumas cuidadoras mantinham dupla jornada, trabalhavam e cuidavam (21,1%). Nesse cenário, 94,7% das cuidadoras relataram nunca ter recebido acompanhamento e/ou apoio psicológico por profissionais de saúde.

5 DISCUSSÃO

Com relação aos dados sociodemográficos, a idade média foi de 69,63 anos, a prevalência foi de pessoas do sexo feminino, casadas, aposentadas e com renda familiar, entre dois a três salários mínimos, de modo semelhante a outros estudos. Em um estudo realizado com cuidadores de pacientes com AVE⁹, verificou-se a prevalência do sexo feminino (51,4%), idade média de 70,43 anos, casados (48,53%), escolaridade entre um a quatro anos de estudo (27,94%), aposentados (80,88%), renda pessoal entre dois a três salários mínimos (61,76%).

Outro estudo¹⁰ sobre a análise do perfil epidemiológico de doentes com AVE, observou-se que a maior parte dos acometidos era do sexo feminino (52,2%), quando comparados ao número total de homens. A idade média de ambos os gêneros era de 71.61 ± 12.41 anos. Em um estudo epidemiológico¹¹ sobre AVE no Brasil, demonstrando maior prevalência do sexo feminino (51,8%) no grupo de 2407 pacientes.

Com relação aos fatores de risco e características clínicas dos pacientes, destacou-se a ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 100% dos pacientes, de modo semelhante a um estudo¹², o qual mostrou a predominância de hipertensão arterial em 95,8% dos entrevistados, sendo que, entre estes, 73% não faziam acompanhamento regularmente com médico.

Com relação a presença de tabagismo e etilismo, verificou-se alta prevalência com 36,40% e 21,20%, respectivamente. Segundo dados do IBGE¹³ sobre a Pesquisa Nacional de Saúde, o tabagismo e o etilismo consistem em importantes fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de várias doenças crônicas como doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, entre outras¹².

Com relação aos déficits neurológicos decorrentes do AVE, a maioria dos pacientes apresentou hemiplegia, distúrbio na fala, paralisia facial e perda de memória, levando em consideração que alguns pacientes apresentavam mais de uma sequela.

Outros 48,40% dos pacientes conseguiram reverter o déficit físico (paralisia facial) a realizarem reabilitação.

Os déficits neurológicos, físicos e sensoriais em pacientes com AVE são uma preocupação. As incapacidades apresentadas por pacientes após o AVE relacionam-se com as áreas motoras, cognitivas ou sensoriais, as quais repercutem em dependência a realizar as atividades da vida diária¹³. Sabe-se que a reabilitação pós-AVE ainda é negligenciada, principalmente no que tange ao treinamento e reeducação funcional do paciente.

No que diz respeito ao grau de dependência dos pacientes com AVE, a maioria dos pacientes era dependente da ajuda do cuidador para desempenhar as atividades de vida diária e um menor número era independente. A mobilidade física estava prejudicada em 84,8% dos pacientes. Vale ressaltar que os pacientes com independência para as atividades de vida diária foram aqueles submetidos à reabilitação após o AVE⁶. Tais achados diferiram de um estudo¹⁰, o qual evidenciou que 39,1% (n=9) eram independentes, 39,1% (n=9) eram totalmente dependentes e 21,8% (n=5) eram parcialmente dependentes, necessitando de auxílio para realização de suas atividades.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, 100% utilizavam o SUS, porém apenas 24,2% estavam satisfeitos com o atendimento disponibilizado. Percebeu-se que a insatisfação estava relacionada com as dificuldades para se conseguir atendimento, a saber: a distância da residência do paciente à unidade de saúde (18,2%), pela demora no atendimento, desrespeito à priorização de atendimento relacionado à idade e situação de saúde, a falta de transporte (36,4%) para deslocar o paciente sequelado por AVE até o serviço de saúde e a presença de sequelas (45,5%).

As limitações geradas pelas sequelas do AVE trazem consigo grandes consequências para a vida do indivíduo diante das suas atividades, rotina, vida pessoal, espiritual, etc. Os indivíduos com deficiência estão expostos a outros problemas de saúde, resultando em maior necessidade dos serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental³.

No presente estudo, as sequelas geradas pelo AVE tornaram as pessoas incapazes de praticar as atividades de vida diária, as quais passaram a depender de outras pessoas. Isto, por sua vez, dificultou a locomoção e a busca por atendimento nas UBS, levando o paciente a restringir-se ao seu domicílio e a necessitar de atendimento domiciliar.

No entanto, os pacientes relataram que as visitas domiciliares eram efetuadas na grande maioria pelos ACS (75,8%) e apenas 24,2% recebiam a visita da equipe de saúde,

composta por médico, enfermeiro e agente de saúde, porém de forma esporádica. Tais achados justificam a insatisfação do doente no que diz respeito à qualidade da assistência, pois se trata de um direito de saúde que não é atendido. Entende-se que as dificuldades enfrentadas pelos pacientes deveriam servir de incentivo à equipe de saúde, com vistas a estarem mais presentes nas visitas domiciliares.

Sabe-se a linha do cuidado ao paciente com AVE no SUS é indispensável, no sentido de promover a saúde e prevenir complicações. Logo, os achados instigam à reflexão sobre as ações de cuidado voltadas a pacientes sequelados por AVE que necessitam de acompanhamento domiciliar, com vista a realização de ações voltadas à educação em saúde, ao controle dos fatores de risco, à prevenção de complicações e de à recorrência de outro AVE, ao uso das medicações e orientações aos cuidadores^{8,9}.

A educação em saúde para esses pacientes, principalmente aquelas relacionadas ao enfrentamento da doença, são necessárias e contribuem para melhoria da qualidade de vida³. Contudo, identificou-se que a educação em saúde foi pouco implementada no grupo de pacientes. Em função do despreparo do paciente e do cuidador, muitos relataram que enfrentavam as dificuldades e limitações do AVE empiricamente, no dia-a-dia. E quando ocorre alguma complicação buscam atendimento médico.

No que diz respeito às redes de apoio ao paciente vítima de AVE, 97% dos pacientes desconheciam qualquer tipo de serviço de apoio a pacientes com AVE e cuidadores. Um estudo⁴ relata a importância das redes de apoio no contexto das doenças crônicas degenerativas e incapacitantes, nas quais os pacientes apresentam demandas de cuidados domiciliares.

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com a garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde¹⁵. Nesse contexto, ressalta-se a necessidade de se estruturar as Redes de Atenção à Saúde e de se determinar uma Linha de Cuidados para o atendimento de doentes com AVE e diretrizes nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença, tendo em vista o número elevado de casos da doença no Brasil¹⁶.

Todos os cuidadores do presente estudo eram mulheres que mantinham vínculo de parentesco com o doente. Em outros estudos^{9,17} também encontrou-se tais características dos cuidadores. Esse cenário, em que a mulher é a cuidadora tradicional de idosos e pacientes incapacitados, não é uma realidade apenas do país. Ao assumirem

a função de cuidadora, a mulher abandona o próprio lar, família e amigos para cuidar da pessoa com AVE.

Estudos^{9,17} alertam que a sobrecarga é um evento frequente entre cuidadores familiares em decorrência das diversas atividades advindas do papel de cuidador. Além disso, outro fator agravante é o despreparo para cuidar em decorrência da falta de informação sobre a doença, tratamento e estratégias mais adequadas para lidar com comportamentos problemáticos dos pacientes e para o manejo das situações de crise. Nesse contexto, estudos^{4,7} atestam a importância da educação em saúde junto a essa clientela, e que as intervenções educativas melhoram os cuidados prestados aos doente pelo cuidador. Para tanto, os cuidadores precisam de uma comunicação mais eficaz e efetiva com os profissionais de saúde⁹.

Ainda com relação à sobrecarga do cuidador, em um estudo⁹ foi aplicada a escala *Zarit*, identificando que 77,2% apresentaram sobrecarga. Esses achados se assemelharam aos dados do presente estudo em que 42,1% sentiram-se sobrecarregadas 24 horas, principalmente nos pacientes acamados e com elevado grau de dependência, e 52,6% sentiam-se sobrecarregado parcialmente.

Nesse contexto, a presença de rede de cuidado e o apoio social são importantes como medidas de suporte para o fortalecimento ao enfrentamento da doença ou incapacidade, pois contribuem para que a família possa suprir necessidades físicas, emocionais, sociais e até mesmo financeiras do paciente e do cuidador.

O primeiro apoio social de um indivíduo incapacitado é a família e amigos, no qual se constroem vínculos e transformações biopsicossocial. Além destes, o suporte fornecido por profissionais qualificados complementam assistência a estes pacientes⁴. Assim, pode-se inferir que a dificuldade de acesso a serviços de saúde resulta em sobrecarga dos cuidadores, complicações clínicas e má qualidade de vida para pacientes e cuidadores.

6 CONCLUSÃO

No presente estudo, a maioria dos pacientes eram mulheres, casadas e aposentadas. Os fatores de risco prevalentes foram HAS, diabetes e tabagismo. O grupo investigado possuía sequelas neurológicas em decorrência do AVE, o que implicava em dependência para a realização das atividades de vida diária e na necessidade de um cuidador. Por sua vez, os cuidadores eram sexo feminino e informais ou seja, não recebiam remuneração e cuidavam por vínculo de parentesco; também apresentavam

doenças crônicas como HAS, e realizavam os cuidados de forma contínua, 24 horas por dia. As principais atividades efetuadas estavam relacionadas com banho e toalete, preparo e oferta da alimentação, administração de medicamentos e auxílio nas transferências e locomoção dos pacientes. Verificou-se a escassez de redes de apoio na comunidade para pacientes com AVE, principalmente aqueles com dependência

Percebeu-se que a fragilidade no acesso ao sistema de saúde por parte de pacientes e cuidadores, levando à descontinuidade no acompanhamento do paciente e à reabilitação inadequada, o que causa prejuízos na qualidade de vida. Para se melhorar a condição do doente sequelado por AVE, faz-se necessário o cuidado minucioso da equipe de saúde. Mediante os achados do presente estudo, espera-se que este possa servir como subsídio teórico para o cuidado, principalmente o de enfermagem, ao paciente sequelado por AVE no domicílio. Dentre as limitações do estudo, destaca-se o reduzido tamanho da amostra. Logo, os resultados não podem ser generalizados.

REFERÊNCIAS

Nunes HJ, Queirós PJP. Doente com acidente vascular cerebral: planeamento de alta, funcionalidade e qualidade de vida, Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 mar-abr [cited 2019 Set 01]; 70(2):433-42. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0415.pdf.

Almeida SRM. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. Rev. Neurocienc [Internet]. 2012; 20(4): 481-482. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Sara_Almeida15/publication/270062800_Analise_epidemiologica_do_Acidente_Vascular_Cerebral_no_Brasil/links/589b5f0e92851c942ddad6ce/Analise-epidemiologica-do-Acidente-Vascular-Cerebral-no-Brasil.pdf.

Lima ACMACC, Silva AL, Guerra DR, Barbosa IV, Bezerra KC, Oriái MOB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 jul-ago [cited 2019 Ago 29];69(4):785-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0785.pdf>.

Yamashita CH, Jaqueline CG, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Rede social de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014, [cited 2020 Ago 29]; 48:097-103. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-097.pdf.

Pereira RA, Santos EBS, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet].2013; [cited 2020 Ago 30]; 47(1): 185-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100023.

Gomes RHS, Santos RS. Avaliação da capacidade e comprometimento funcional em pacientes traqueotomizados de um hospital público de Curitiba. Rev. CEFAC [Internet]. 2016 Jan-Fev [cited 2020 Ago 06]; 18(1):120-128. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462016000100120&script=sci_abstract.

Goulart BNG, Almeida CPB, Silva MW, Oenning NSX, Lagni VB. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. Audiol Commun Res. [Internet]. 2016 [cited 2020 Set 02]; 21:1603. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-64312016000100314&script=sci_abstract&tlng=pt.

Ribeiro KSQS, Vasconcelos EM. As redes de apoio social nas práticas de educação popular e saúde: reflexões de uma pesquisa-ação. Interface (Botucatu), [Internet]. 2014 [cited 2020 Ago 27];18(2): 1453-1462. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1453.pdf>.

Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, BRITO SS. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. Esc Anna Nery, [Internet]. 2015 [cited 2020 Set 01]; 19(2):350-355. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200350.

Santos WMS, Cerqueira GS, Oliveira MVV, Sousa MJF, Ferreira FFC. Perfil epidemiológico dos pacientes sequelados de acidente vascular cerebral: um estudo transversal. Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer, Goiânia, [Internet]. 2012 [cited 2020 Set 03]; 8(15): 1997. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaudefuncional/article/viewFile/23198/pdf>.

Lopes Junior JEG, Freitas Junior JHA, Figueiredo ADJ, Santana FM. Perfil dos Pacientes Acometidos por Acidente Vascular Encefálico Cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. Rev. Fisioter S Fun. Fortaleza, Jan-Jun. [Internet]. 2013 [cited 2017 Ago 29]; 2(1):21-27. Available from: <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/193/pdf>.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento Rio de Janeiro, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2013. [cited 2020 Ago 26] Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.

Cruz DMC, Silva NSS, Patti LP, PAIVA G, Paolillo AR. Correlação entre sensibilidade, função manual e independência em indivíduos pós-acidente vascular cerebral. Rev. Paraense de Medicina, [Internet]. 2015 [cited 2020 Ago 26];29(1). Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n1/a4654.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 963, de 27 DE maio DE 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.

Ferreira SMD. Cuidados Paliativos: o necessário para o idoso com acidente vascular encefálico. Rev. Kairós Gerontologia, [Internet]. 2015 [cited 2020 Ago 26]; 16(5), pp. 293-308. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, setembro de 2013. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18649/13837>.

Silva AG, Arieli SSA, Souza ICP, Machado MAF, Sampaio ME, Souza NO, Andrade SR, Luzimar RLR; Viana, M.B.O. Perfil de cuidadores familiares no ambiente hospitalar e a rede de suporte para assistência domiciliar. Rev. Enfermagem Revista, [Internet]. 2011 [cited 2020 Ago 26]; 15(01). Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3271/3651>.

Aerosa SVC, Henz LF, Lawisch D, Aerosa RC. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. Psic., Saúde & Doenças, [Internet]. 2014 [cited 2020 Ago 26]; 15(2). Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012.

Paiva ACJP, Vila VSC, Almy LDA, Silva LK. A experiência vivenciada por pessoas que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e seus cuidadores familiares. Atas CIAIQ. Investigação Qualitativa em Saúde, [Internet]. 2015 [cited 2020 Ago 26]; 1:182. Available from: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/43/41>