



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

FLÁVIA MENDES DE SÁ

**Análise do perfil epidemiológico e compreensão da
experiência de cuidadores informais de pacientes em pós-
AVC: Estudo multimétodos**

Botucatu - SP

2021

Flávia Mendes de Sá

**Análise do perfil epidemiológico e compreensão da
experiência de cuidadores informais de pacientes em pós-
AVC: Estudo multimétodos**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Julio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes

Botucatu - SP

2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Sá, Flavia Mendes de.

Análise do perfil epidemiológico e compreensão da experiência de cuidadores informais de pacientes em pós-AVC : Estudo multimétodos / Flavia Mendes de Sá. - Botucatu, 2021

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
Capes: 40405001

1. Cuidadores familiares. 2. Assistência domiciliar.
3. Acidente vascular cerebral - Pacientes. 4. Autocuidado.

Palavras-chave: Autocuidado; Cuidadores familiares; Cuidados domiciliares; Pós-AVC.

Flávia Mendes de Sá

Análise do perfil epidemiológico e compreensão da experiência de cuidadores informais de pacientes em pós-AVC: Estudo multimétodos

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Comissão examinadora

Prof.^a Dr.^a Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu

Prof.^a Dr.^a Wilza Carla Spirit
Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu

Prof.^a Dr.^a Cleide Carolina Demoro Mondini
Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Campus de Bauru

Botucatu, _____ de _____ de 2021.

Meus sinceros agradecimentos, principalmente, aos participantes dessa pesquisa, à CAPES pelo apoio através de 48 meses de bolsa socioeconômica e minha amiga e orientadora Cassiana Mendes Bertoncello Fontes. Aos meus irmãos Victor Mendes de Sá, Vinícios Mendes de Sá e aos meus pais, Isabel Bizarro Rosa Mendes de Sá e Flávio Rodrigues de Sá. As minhas cunhadas Vanessa Arcas de Sá e Ana Carolina Ferrari Levorato. Aos meus sogros, Robenilton e Deusdélia e, meus sinceros votos de agradecimento a minha filha Íris Caetite de Sá e ao meu fiel companheiro Rafael Caetite Cruz. E aos demais colegas e amigos que mesmo distante depositaram confiança e aconchego aos meus dias.

Resumo

SÁ, F. M. **Análise do perfil epidemiológico e compreensão da experiência de cuidadores informais de pacientes em pós-AVC:** estudo multimétodos. 2021. 72f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2021.

Introdução: estudo multimétodos composto pela análise do perfil epidemiológico de cuidadores informais de pacientes em domicílio com histórico de Acidente Vascular Cerebral; avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais por meio da Escala de Burden; elaboração de duas revisões integrativas de literatura com perguntas norteadoras, sendo a primeira relacionada ao perfil microbiológico e incapacidade física do paciente com acidente vascular cerebral, e a segunda, referente à como se configura o cuidado domiciliar no pós-AVC em relação às infecções e ao papel do cuidador. O estudo qualitativo versou sobre a compreensão da experiência de cuidadores informais de pacientes em domicílio. A fundamentação teórica do estudo pautou-se na Teoria do Autocuidado de Orem. **Objetivo geral:** Conhecer os fatores intervenientes nos cuidados no pós-AVC na perspectiva do cuidador informal. **Métodos:** para a execução e elaboração das duas revisões integrativas foram utilizadas as etapas desse método, a partir de perguntas norteadoras formuladas pela estratégia PICO e os descritores em português e inglês para a busca em bases de dados nacionais e internacionais e plataformas On-line, para identificar os artigos em períodos de anos. Os dados epidemiológicos e sociodemográficos dos pacientes e cuidadores foram coletados por instrumento formulado e aplicado pela pesquisadora, durante as entrevistas agendadas com o pacientes e seus respectivos cuidadores em domicílio ou em ambulatório. Foi utilizada a Escala de Burden para identificar a sobrecarga do cuidador. A coleta dos dados qualitativos foi realizada por meio das mesmas entrevistas e foram audiogravadas e direcionadas pela pergunta norteadora: “Conte-me a respeito de sua experiência em cuidar do paciente em fase de pós-AVC?” Utilizou-se a Análise de Conteúdo para a interpretação do *corpus* das entrevistas e a vertente temática para a análise e inferências que foram nomeadas por categorias e temas. **Resultados:** as revisões integrativas identificaram evidências e lacunas na literatura sobre os respectivos temas. Foram entrevistados 18 pacientes e 17 respectivos cuidadores. A maioria dos cuidadores familiares era do sexo feminino, residiam com o paciente e eram responsáveis pelas atividades de cuidado diário. Evidenciaram-se escores de baixa e moderada sobrecarga de cuidador associada ao cuidado diário. Não apresentaram histórico de infecções na internação hospitalar. O nível de escolaridade variou de fundamental incompleto até ensino superior completo. Emergiram categorias como: providências durante o momento do AVC; apoio da família ao paciente com AVC; impacto financeiro, dependência/independência do cuidador relacionado às sequelas do AVC; suporte religioso; comportamento do paciente no pós-AVC; aspectos sentimentais/comportamento do papel do cuidador. Os temas inferidos foram: Papel do cuidador formal ou informal; Comportamento do paciente; Enfrentamento/ Suporte familiar; Vivenciando o cuidado do paciente com AVC ou pós-AVC. **Considerações finais:** os pacientes e cuidadores familiares necessitam de suporte da equipe multiprofissional e apoio da rede de atenção do Sistema Único de Saúde. São necessárias ações educativas que auxiliem no processo de cuidar em saúde e enfermagem. Salienta-se a necessidade de promover o autocuidado para esses pacientes, minimizando a sobrecarga dos cuidadores familiares, além de propor

intervenções eficazes no controle de infecção, assim prevenindo as reinternações hospitalares.

Palavras-chave: Autocuidado; Cuidadores familiares; pós-AVC; Cuidados domiciliares.

Abstract

SÁ, F. M. **Analysis of the epidemiological profile and understanding of the experience of informal caregivers of post-stroke patients:** a multi-method study. 2021. 72f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2021.

Introduction: a multi-method study comprising the analysis of the epidemiological profile of patients at home with a history of stroke; assessment of the burden of informal caregivers using the Burden Scale; preparation of two integrative literature reviews with guiding questions, the first related to the microbiological profile and physical disability of the patient with stroke, and the second, related to how home care is configured in the post-stroke in relation to infections and the caregiver role. The qualitative study was about understanding the experience of informal caregivers of patients at home. The theoretical foundation of the study was based on Orem's Self-Care Theory. **General objective:** To know the factors involved in post-stroke care from the perspective of the informal caregiver. **Methods:** for the execution and elaboration of the two integrative reviews, the steps of this method were used, based on guiding questions formulated by the PICO strategy and the descriptors in Portuguese and English for the search in national and international databases and On-line platforms, for identify articles in periods of years. Epidemiological and socio-demographic data of patients and caregivers were collected using an instrument formulated and applied by the researcher during scheduled interviews with patients and their respective caregivers at home or in an outpatient clinic. The Burden Scale was used to identify the caregiver's burden. The collection of qualitative data was carried out through the same interviews and were recorded and guided by the guiding question: "Tell me about your experience in caring for patients in the post-stroke phase?" Content Analysis was used to interpret the corpus of the interviews and the thematic aspect for the analysis and inferences that were named by categories and themes. **Results:** the integrative reviews identified evidence and gaps in the literature on the respective topics. Eighteen patients and 17 respective caregivers were interviewed, one patient did not need a caregiver. Most family caregivers were female and lived with the patient, and were responsible for daily care activities. Low and modest caregiver burden associated with daily care was evidenced. Most patients and family caregivers are predominantly female and elderly. They did not have a history of infections during hospitalization. The level of education ranged from incomplete elementary to complete higher education. The following categories emerged during the moment of the stroke, family support for the stroke patient, financial impact, dependency/independence of the caregiver related to the stroke sequelae, religious support, post-stroke patient behavior, sentimental aspects / role behavior the caregiver. The inferred themes were: Role of the formal or informal caregiver; Patient behavior; Coping/Family support; Experiencing the care of patients with stroke or post-stroke. **Final considerations:** patients and family caregivers need support from the multiprofessional team and support from the care system of the Unified Health System. Educational actions are needed to assist in the health and nursing care process. The need to promote self-care for these patients is emphasized, thus minimizing the burden on family caregivers, in addition to proposing effective interventions in infection control, thus preventing hospital readmissions.

Keywords: Self-care; Family caregivers; Post-stroke; Home care.

Lista de ilustrações

Quadro 1 - Construção da pergunta norteadora segundo a estratégia PICO. Botucatu- SP. Brasil, 2020	31
Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos, segundo as fases da revisão. Botucatu 2017	36
Quadro 2 - Caracterização dos nove artigos inclusos na revisão. Botucatu, 2017	38
Quadro 3 - Artigos identificados nas bases de dados de acordo com a estratégia de busca em português e inglês e artigos inclusos na revisão. Botucatu-SP, Brasil, 2020	39
Quadro 4 - Caracterização dos artigos inclusos na revisão quanto ao tipo de estudo, principais resultados, conclusões e análise segundo os instrumentos STROBE/CONSORT. Botucatu-SP, Brasil, 2020	39
Quadro 5 - Componentes e unidades de fala relevantes das entrevistas. Botucatu- SP. Brasil, 2019	43
Quadro 6 - Categorias, componentes e unidades de fala. Botucatu - SP, Brasil 2019	46

Lista de abreviaturas e siglas

AVC: Acidente Vascular Cerebral

ACVh: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCi: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck

BDI: Inventário de Depressão de Beck

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting

COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

CVA: Cerebrovascular Accident

CVP: Cateter Venoso Periférico

DCNTs: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DECS: Dicionário das Especialidades das Ciências da Saúde

DM: Diabetes Mellitus

ESBL: B-Lactamase do Espectro Estendido

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HC/FMB: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

INF: Intubação Nasofaríngea

ITR: Infecção do Trato Respiratório

ITU: Infecção do Trato Urinário

IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

MRSA: *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde

SNE: Sonda Naso Enteral

SNG: Sonda Nasogástrica

STROBE: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

SUS: Sistema Único de Saúde

SVD: Sonda Vesical de Demora

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TVC: Trombose Venosa Cerebral

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	As infecções e o AVC	15
1.2	O autocuidado, o cuidado domiciliar, o cuidador informal/familiar e o pós-AVC	17
1.3	Cuidadores e o pós-AVC	19
1.4	Inventário de sobrecarga do cuidador	20
1.5	Fundamentação teórica	21
1.6	Justificativa do estudo	23
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo geral	25
2.2	Objetivos específicos	25
3	MÉTODOS	26
3.1	Métodos das revisões integrativas	26
3.1.1	<i>Revisão integrativa 1: perfil microbiológico e incapacidade física do paciente com acidente vascular cerebral</i>	28
3.1.2	<i>Revisão integrativa 2: como se configura o cuidado domiciliar no pós-AVC em relação às infecções e ao papel do cuidador</i>	29
3.2	Método 2: estudo qualitativo	31
3.2.1	<i>Instrumentos de coleta dos dados</i>	32
3.2.2	<i>Coleta dos dados</i>	33
3.2.3	<i>Análise dos dados</i>	34
4	RESULTADOS	36
4.1	Revisão integrativa de literatura 1: perfil microbiológico e incapacidade física do paciente com acidente vascular cerebral	36
4.2	Revisão integrativa de literatura 2: Como se configura o cuidado domiciliar no pós AVC em relação às infecções e ao papel do cuidador	39
4.3	Caracterização do perfil epidemiológico e sócio demográfico dos	

	pacientes e cuidadores	40
4.4	Caracterização da sobrecarga do cuidador segundo Escala de Burden	42
4.5	Análise qualitativa das entrevistas sob referencial metodológico de Bardin	43
5	DISCUSSÃO	50
5.1	Discussão da revisão integrativa 1: perfil microbiológico e incapacidade física do paciente com acidente vascular cerebral	50
5.2	Discussão da revisão integrativa 2: como se configura o cuidado domiciliar no pós AVC em relação às infecções e ao papel do cuidador	53
5.3	O perfil epidemiológico e sóciodemográfico de pacientes e cuidadores e a sobrecarga do cuidado domiciliar	55
5.4	Compreensão da experiência dos cuidadores de pacientes em pós-AVC	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	65
	ANEXOS	74
	APÊNDICES	79

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a meta de redução da mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) em 25%, até 2025. São implementados esforços mundiais para o controle e a prevenção dos fatores de risco, diminuição da mortalidade e aumento da qualidade e expectativa de vida da população além da melhoria das estruturas de atendimento e do preparo profissional durante a hospitalização e reabilitação desse paciente (SMITH JUNIOR et al., 2012; BRASIL, 2013).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda maior causa de morte no mundo, com aproximadamente 6,7 milhões de óbitos em 2016; a tendência desse panorama para o ano de 2030, será cerca de 12,2% dos óbitos mundiais previstos (SANTOS; WATERS, 2020).

O AVC é considerado uma síndrome neurológica com prevalência em adultos e idosos, e que pode causar sequelas irreversíveis, se não tratada da maneira e no tempo adequado. Sua incidência é maior após os 65 anos, dobrando a cada década após os 55 anos de idade (ANDERSEN; OLSEN, 2015).

O rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais com a apresentação de sintomas iguais ou superiores a 24 horas, poderá provocar alterações cognitivas e sensório-motoras (BRASIL, 2010).

Pode ser definido por uma incapacitação súbita da circulação sanguínea causada por um bloqueio parcial ou total de um ou mais vasos cerebrais e assim se as células cerebrais permanecerem sem oxigenação por um determinado tempo, ocorrerá a sua destruição e morte do tecido cerebral (infarto cerebral). Dessa maneira ocorrerão déficits neurológicos e uma ameaça abrupta às funções do encéfalo ao longo do tempo.

Cada área cerebral é responsável por coordenar uma determinada função do organismo e assim os sintomas e sequelas provocadas pelo AVC podem variar. Essas alterações podem ser motoras evidentes, perda de movimentação de um membro, por exemplo, como também alterações cognitivas, de memória, visão, audição, e que podem passar despercebidas até mesmo pelo paciente. No entanto, os sintomas se instalam sempre abruptamente, podendo regredir ou mesmo desaparecer depois de algum tempo (GILES; ROTHWELL, 2008).

O paciente acometido por um AVC pode apresentar os seguintes

sintomas: dormência ou fraqueza da face, braço ou perna, pode ser especificamente unilateral; confusão ou alteração do estado mental; dificuldade em falar ou compreender a fala; distúrbios visuais; dificuldade em deambular; vertigem ou perda do equilíbrio; cefaleia súbita (OLIVEIRA; ANDRADE, 2001; CABRAL, 2008; BRASIL, 2015).

Identificam-se sintomas de disfagia, disfunção intestinal e da bexiga, e que podem diminuir completamente, parcialmente, ou ser tolerados, dependendo da abrangência e quantidade de lesão cerebral. O restabelecimento do paciente pela reabilitação motora pode levar meses (OLIVEIRA; ANDRADE, 2001; CABRAL, 2008; BRASIL, 2015).

Os pacientes podem apresentar um quadro clínico diferenciado, mas é crucial que se leve em consideração a hora de início dos primeiros sintomas e a rapidez com que evoluíram. A identificação do tipo, localização e extensão da lesão pode determinar o tratamento específico (LIMA; COSTA; SOARES, 2009).

O diagnóstico do tipo de AVC baseia-se na apresentação de sinais, de sintomas, nos resultados de uma tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Essas imagens podem demonstrar o tamanho e a localização da área isquêmica. A ultrassonografia Doppler transcraniana pode determinar presença ou não de fluxo em determinados vasos, podendo localizar a área obstruída (CANCELA, 2008; TOAZZA, 2010).

Assim classifica-se o AVC de acordo com seu mecanismo fisiopatológico: o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh) e Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) (CANCELA, 2008).

O AVCh é prevalente em 20% dos casos de AVC. E caracteriza-se pela ruptura do vaso sanguíneo na região encefálica, que forma um hematoma, com consequente reação inflamatória local. Se manifesta com hemorragia intracerebral, denominada intraparenquimatosa, ou hemorragia sub aracnóide. Essa é a principal forma de AVCh e que frequentemente está associada à hipertensão arterial, traumas e malformações vasculares (BRASIL, 2013).

Já o AVCi corresponde a 80% dos casos, sendo caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro por um trombo, o que ocasiona isquemia e morte dos neurônios da determinada região afetada e interrupção de atividade elétrica – área de penumbra isquêmica – mas sem que haja morte neuronal.

Muitas vezes o paciente já apresentou outros episódios de AVC em outros momentos de sua vida, que se denominam AVC prévio. Sendo que este consiste em episódios que antecedem a condição atual do processo saúde/doença do paciente domiciliado ou hospitalizado. Discute-se na literatura as comorbidades, as seqüelas e agravos do paciente após um episódio de AVC. Ressaltam-se a importância dos aspectos de comunicação com os cuidadores como, por exemplo, o esclarecimento do que fazer quando o idoso estiver apresentando um novo AVC, priorizando assim um atendimento para garantir uma melhor qualidade de vida para essa população acometida pelo AVC (SANTOS et al, 2019).

Portanto, o AVC configura-se como quarta maior causa de óbito nos Estados Unidos. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, estimou a prevalência de 2.230.000 pessoas com AVC e 568.000 com incapacidade grave. A ocorrência é maior na população idosa, sendo a principal causa de mortalidade em pessoas acima de 65 anos. O cenário mundial de envelhecimento populacional reforça a importância da assistência e tratamento direcionado às DCNTs (SMITH JUNIOR et al., 2012; GO et al., 2014; BENSENOR et al., 2015).

Em relação aos aspectos que visam uma melhora na qualidade de vida de pacientes no pós-AVC, a literatura demonstra que existe uma lacuna entre ações medicamentosas para o tratamento de fatores de risco e as mudanças que surgem na vida do paciente acometido pelo AVC. A deficiência no sistema de saúde atual quanto à garantia do acesso e plena assistência a essa população são fatores determinantes, pois são necessárias novas formas de proporcionar um atendimento direcionado e específico (BELLATO et al., 2016; KAMAL et al., 2016).

A sinergia de esforços para o cuidado – familiar, auto-cuidado e das redes – deva ser a referência para os serviços e profissionais de saúde na organização das práticas de atenção em saúde, de modo que sejam, de fato e primordialmente, orientadas para a pessoa adoecida e família. De fato, o cuidado na perspectiva dos autores deve ser específico e isso deve ser estendido às redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BELLATO et al., 2016).

O atendimento na modalidade *home care* exerce uma ligação em nível de atendimento hospitalar e da atenção primária à saúde. Machado et al. (2014), demonstraram que 50% da população que recebia atendimento de cuidadores profissionais estavam sob a referência de uma unidade básica de saúde do SUS. Enfatiza ainda que o estabelecimento da comunicação entre esses serviços é

essencial para garantia da manutenção, apoio e continuidade do cuidado.

Ações direcionadas ao paciente no período pós-AVC, sob cuidados de familiares ou sob cuidados de profissionais, são amplamente debatidas, principalmente relacionadas ao cenário atual de DCNTs e suas consequências tanto para o sistema de saúde quanto para o próprio paciente e sua família. É possível manter uma estrutura “hospitalar” dentro do domicílio, porém os riscos devem ser avaliados e monitorados.

As intervenções de enfermagem ao paciente com AVC são direcionadas a todas as esferas de cuidado, desde as necessidades básicas, como vestir-se, ir ao banheiro, trocar-se, o atendimento às necessidades psíquicas e emocionais assim como as ações educativas estendidas aos familiares e cuidadores.

Um cuidador de idoso no pós-AVC recebe orientações por equipes multiprofissionais durante a hospitalização do paciente e no pós-alta esse tipo de atendimento passa a ser monitorado por profissionais da rede de atenção básica de saúde ou por serviços de atenção domiciliar (SANTOS et al., 2020).

Em relação aos familiares e cuidadores, foi reportado que houveram sentimentos relacionados ao medo, angústia e sofrimento devido à ocorrência do AVC; os aspectos financeiros e de reorganização familiar também foram citados. As modificações na estrutura familiar, identidade, significados, relacionamento e concretização da rotina familiar foram elementos evidenciados neste estudo como problemáticos, além da interferência cultural e de fatores psicológicos na vida dessas pessoas. Os autores ressaltam que a enfermidade, comumente, causa sentimentos negativos, como frustração e solidão, tanto no paciente acometido pelo AVC quanto nos familiares (MISAWA et al., 2018b).

Em estudo clínico, já verificou-se o enfrentamento e a experiência de cuidadores e de pacientes portadores de AVC, evidenciando que há necessidade de preparar o familiar, ou seja, construir habilidades que o encoraje e o capacite para o cuidado domiciliar. Demonstram, ainda, que as informações sobre a doença, as ações educativas e a motivação do cuidador, são a chave para a continuidade do cuidado no pós-AVC (PITTHAYAPONG et al., 2017).

Em recente estudo epidemiológico, foram caracterizados os atendimentos a pacientes no domicílio, modalidade *home care*, em Maceió (AL), evidenciando a presença de doenças neurológicas, e o principal acometimento foi o AVC. Nesse levantamento, 72% dos pacientes estavam acamados e sob cuidados em domicílio

com as seguintes características: o uso de sonda nasoenteral ou sonda nasogástrica foi mais frequente nos pacientes do serviço público em relação privado; grande demanda de cuidados domiciliares para população idosa, composta majoritariamente por mulheres e que quanto maior o grau de complexidade e severidade da doença, maior a dependência de assistência tanto profissional quanto da família (CARNAÚBA et al., 2017).

Em estudo de coorte, realizado em Joinville (SC), identificaram as sequelas no pós-AVC, que obtiveram aumento em detrimento da diminuição da mortalidade. Atualmente nesta região do Brasil, há pelo menos 4.000 pacientes portadores de sequelas neurológicas que dependem do sistema público de saúde (CAMPOS et al., 2017).

Usando abordagem qualitativa em Porto Alegre, em 2013, autores investigaram a experiência de familiares que assumem o cuidado total de pacientes no pós-AVC. Foi evidenciado que existem *gaps* entre a recuperação desses pacientes e o cuidado diário. Conhecer os cuidados básicos no pós-AVC pressupõe saber e se apropriar de alternativas para minimizar o estresse e medo dos familiares. A demanda de cuidados e a capacidade dos cuidadores são fatores que devem se complementar na assistência domiciliar ao paciente em pós-AVC (MACHADO et al., 2014). Em outro estudo, os autores ressaltam a importância de reconhecer as habilidades dos cuidadores para efetivação do cuidado, além dos requisitos internos e externos dos familiares, como lidar com suas angústias, apreensões, ansiedades, medos e ligações sociais, além do suporte emocional. O suporte e o acesso aos serviços de saúde aparecem como parte de um plano assistencial para esses cuidadores (LUTZ et al., 2017).

1.1 As infecções e o AVC

No Japão, em 2013, ISHIDA et al.(2015) demonstraram a ocorrência de pneumonia comunitária relacionada à 97% das mortes em pacientes com mais de 60 anos de idade, com doenças cerebrovasculares e que estavam sob cuidado familiar no domicílio.

No Brasil, MACHADO et al. (2014), mostraram que dentre as doenças de maior prevalência em pacientes que participam de programas de *Home Care*, 41% correspondem à ocorrência de Pneumonia e do Diabetes Mellitus. Em relação aos

pacientes diabéticos, foi verificado que estes possuem 10 vezes mais chance de desenvolver um AVC e apresentam um maior número de complicações infecciosas durante a internação hospitalar e um aumento no risco de mortalidade (LIAO et al., 2015). A ocorrência de infecção em pacientes com AVC pode se relacionar com a imunodepressão, causada pela doença e com o tipo do ictus, isquêmico ou hemorrágico. Durante a internação o desfecho infeccioso se comporta como um fator complicador que prolonga a permanência do paciente dentro do ambiente hospitalar, aumenta o risco de morte em 48% e influencia diretamente na gravidade das sequelas e na dependência funcional do paciente (SÁ; FONTES; MONDELLI, et al., 2016). As principais topografias são infecção do trato urinário (ITU) e infecção do trato respiratório (ITR) com destaque para Pneumonia. Quanto ao perfil microbiológico, a incidência é de gram-negativos, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii* (SÁ; FONTES; MONDELLI, 2016).

O cuidador familiar é responsável pela manutenção das atividades básicas diárias da vida do paciente no pós-AVC. O número de pacientes com incapacidade funcional é elevado, ou seja, há uma dificuldade em realizar tarefas cotidianas de forma independente e, nessa perspectiva é que se encontra o desenvolvimento da sobrecarga do cuidador (COSTA et al., 2012).

O cuidador familiar é predominantemente feminino, esposa, e que despende 24h de cuidados ao paciente no domicílio. As queixas principais dos cuidadores são dores na coluna, seguido de dores na cabeça e em membros inferiores. Neste mesmo estudo verificou-se que a sobrecarga é vivenciada de forma negativa e a incapacidade funcional dos pacientes no pós-AVC afeta o cuidador (COSTA et al., 2012).

Logo, tornam-se necessárias intervenções que auxiliem, principalmente, o familiar e o paciente na identificação, manejo e controle de infecções no ambiente domiciliar e prevenção da disseminação na comunidade e de reinternações.

Enfermeiras norte-americanas definiram que 22% dos beneficiários de serviços de *home care* necessitam de atendimento após eventos agudos de AVC que isso é uma consequência, sendo o mais comum às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), especificamente a infecção do trato urinário. Dessa maneira propuseram um protocolo de prevenção de infecções direcionado aos pacientes que recebem atendimento de enfermagem no domicílio. Essa iniciativa

compreendeu um pacote de ações de prevenção de infecções relacionadas especificamente a dispositivos invasivos em ambiente domiciliar (MODY et al., 2015).

Ainda em relação às intervenções que orientem o paciente e seus cuidadores pode-se citar que vídeos educacionais via smartphone, aumentam em 15% a adesão ao tratamento e mantém o cuidador informado acerca dos cuidados no domicílio, como: uso de medicações e adaptações; rotina de cuidados domiciliares específicos como diferentes exercícios para reabilitação; manejo da sonda nasogástrica e da sonda vesical de demora; procedimentos na vigência de emergências; orientações básicas quanto aos medicamentos como anticoagulantes, anti-hipertensivos e reguladores da taxa de glicemia e cuidados dos aspectos psicológicos, como ocorrência de depressão (KAMAL et al., 2016).

1.2 O autocuidado, o cuidado domiciliar, o cuidador informal/familiar e o pós-AVC

Nesse cenário os cuidadores podem ser classificados em cuidador familiar ou informal e cuidador formal.

O cuidador informal ou familiar é aquele que exerce seu papel de modo solitário, muitas vezes sem orientações suficientes e adequadas para o desempenho do cuidado requerido pela demanda do paciente-familiar. Ele caracteriza-se como uma pessoa com relação próxima ao sujeito a ser cuidado, não possui: formação para o cuidado, contrato de trabalho, vencimentos e horários de descanso semanal e estatuto social definido (ANDRADE et al., 2020).

O cuidador formal é aquele que possui uma habilitação concedida pela frequência em cursos profissionalizantes para exercer a função adequadamente (ANDRADE et al., 2020).

No contexto do cuidado domiciliar a pacientes em pós-AVC, delimita-se nesse estudo a utilização do termo e da definição de cuidador informal.

Considera-se conceitualmente que o cuidado exercido pelo cuidador informal é um produto do processo de trabalho informal, não remunerado, não orientado e muitas vezes não reconhecido pelos próprios familiares do paciente.

Para tal compreensão utilizou-se a conceitualização do “autocuidado” segundo o referencial teórico de enfermagem, na Teoria do Déficit de Autocuidado

de Dorothea Orem, um dos três pilares da Teoria de Orem. Destarte, Orem descreveu sua teoria geral a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado em três constructos inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (GEORGE, 2000).

Importantes conceitos advindos da Teoria do Déficit de Autocuidado foram imprescindíveis para o presente estudo. O paciente em pós-AVC, muitas vezes, fica impossibilitado de praticar o seu autocuidado e manter adequadamente sua saúde devido às sequelas e efeitos deletérios consequentes ao episódio do AVC. Assim necessita de alguém que possa fazer por ele ou apoiá-lo, enquanto não consegue executar as ações de autocuidado, que compreendem os requisitos para as atividades de vida diária.

A denominação de autocuidado no desvio de saúde foi definida por Orem, assim como os requisitos exigidos para a manutenção do equilíbrio da saúde e da reabilitação, diante de sequelas motoras e cognitivas (GEORGE, 2000).

Assim, nesse estudo, justificou-se a utilização desse referencial teórico para explanar como é possível embasar o contexto sobre como os cuidadores informais apoiam pacientes acometidos pelo AVC e que possuem graus de dependências e necessitam de outrem para o seu autocuidado.

Orem define como Agente do Autocuidado Dependente, o cuidador que possui requisitos para prover o cuidado àqueles que são dependência parcial ou total.

Na Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, os pressupostos conceituais embasam as ações da enfermagem, que é crucial para determinar se o paciente necessita de um cuidador para manter as suas necessidades de saúde, ou seja, a demanda terapêutica requerida pelo desvio de saúde. Outro aspecto conceitual é o termo “requisito”, necessário para se identificar o cuidador com características e apto para atender a demanda requerida.

Para isso é necessário que o enfermeiro inicie um relacionamento terapêutico com o paciente e sua família, e identificar o cuidador familiar que poderá apoiar o paciente e que possua características para a manutenção do cuidado domiciliar e assim tornar-se, segundo Orem, um agente de autocuidado dependente (GEORGE, 2000).

Destaca-se a importância do enfermeiro em desenvolver esse papel de educador em saúde, tanto no setor hospitalar como na atenção primária à saúde.

Assim, as necessidades requeridas pela demanda terapêutica advinda do desvio de saúde no pós-AVC podem ser praticamente realizadas e supervisionadas pela enfermagem, independentemente do contexto institucional ou da atenção primária. O enfermeiro deve orientar, apoiar e supervisionar o cuidador informal em domicílio, para que possa proporcionar o cuidado adequado, com segurança e livre de riscos.

Nesse cenário ressalta que há necessidade de novas propostas de atendimento aos pacientes acometidos por problema agudo e que necessitam de muitas vezes obter cuidados por meio de um cuidador.

1.3 Cuidadores e o pós-AVC

Para que o cuidado ao paciente no pós-AVC seja efetivado em domicílio é necessário o envolvimento familiar no processo de cuidar, e para que isto ocorra, as demandas familiares devem ser contempladas e a enfermagem deve ouvir as famílias e estabelecer uma rede de conversação. Aqui se deve levar em consideração os aspectos econômicos, as experiências anteriores desses familiares e as evidências em saúde (ÖSTLUND et al., 2016).

O AVC se relaciona a problemas emocionais, físicos, cognitivos e psicológicos o que pode afetar tanto o paciente quanto seus familiares, e gerar uma sobrecarga severa no cuidado domiciliar.

Segundo Olai et al. (2015), em um estudo de coorte, evidenciaram que 32% dos cuidadores são mulheres, em sua maioria esposas e filhas, com média de idade de 63 anos, 88% dos cuidadores e da rede familiar dedicam algum tipo de cuidado ao paciente com AVC.

Foram encontrados aspectos determinantes no cuidado em domicílio ao paciente com AVC, como a capacidade funcional diminuída do paciente, a insuficiência do serviço municipal de saúde, o relacionamento estabelecido com o paciente, a ansiedade, o perfil de saúde e também se evidenciou que os pacientes do sexo masculino geralmente recebem mais cuidados do que os pacientes do sexo feminino, em média houve uma dedicação de cuidado maior que 11 horas por semana (OLAI et al., 2015).

Segundo Silva et al. (2016), a maioria dos cuidadores são do sexo feminino, geralmente esposas e companheiras, com baixo nível de escolaridade, o tempo do cuidado teve uma variação de um a 30 anos e, de modo geral, o cuidado

foi direcionado desde a alta hospitalar até a manutenção em domicílio. Sendo que essa assistência gerou uma sobrecarga moderada; os autores ainda descrevem que essa sobrecarga pode aumentar devido à falta de treinamento direcionado ao cuidador e, isto se relaciona com à indisponibilidade de equipe de saúde para efetivar o treinamento adequado a esses cuidadores.

Silva et al. (2016) explicam que a idade dos cuidadores influencia no cuidado e sobrecarga, e geralmente são idosos que cuidam de idosos, o que repercute na vida social, saúde física e psíquica desses cuidadores familiares. Além de que a maioria dos cuidadores conta com atitudes afetuosas e com a contribuição de outros familiares em sua rotina de cuidados.

Como já referido, sabemos que o quadro infeccioso comumente se relaciona com a ocorrência do AVC e se apresenta como um fator complicador no cuidado diário do paciente, tanto na internação hospitalar, quanto na permanência em domicílio. Assim, é relevante compreender o papel do cuidador familiar e sua experiência durante o cuidado do paciente no pós-AVC, relacionado ao aumento da sobrecarga com a ocorrência dos processos infecciosos.

1.4 Inventário de sobrecarga do cuidador

O *Caregiver Burden Inventory* - Inventário de Sobrecarga do Cuidador - foi desenvolvido por pesquisadores canadenses, adaptado e validado para o idioma chinês e para o português do Brasil. Possui relevância para avaliar a sobrecarga do cuidador por utilizar medida multidimensional para várias dimensões, com escores separados para cada uma delas (VALER et al., 2015).

A versão brasileira validada e adaptada possui referências aos problemas psicológicos, emocionais, sociais, físicos e financeiros enfrentados por cuidadores familiares. Possui de 20 a 22 perguntas agrupadas em cinco dimensões: Tensão Geral; Isolamento; Decepção; Envolvimento Emocional e Ambiente. Estas dimensões abrangem áreas fundamentais para o cuidador, como saúde, bem-estar psicológico, relações pessoais, sobrecarga física, suporte social e ambiente. Para as respostas, utiliza-se a escala tipo Likert, com três a cinco itens (OLIVEIRA et al., 2012). A escala Likert, que foi originalmente implementada em 1932, tornou-se um referencial de modelo de escala, pois se destaca pela sua forma de mensurar psicometricamente os dados. Possui variáveis com até cinco itens, sendo motivados

por denominações mínimas e máximas, respectivamente, como: “desaprovo fortemente” e “aprovo fortemente” (DALMORO; VIEIRA, 2013).

Assim, esse instrumento de medida de sobrecarga demonstra o impacto do cuidar em vários domínios na vida dos cuidadores familiares. O instrumento adaptado possui fácil aplicação e pontuação é breve, de fácil compreensão e avalia uma variedade de problemas enfrentados pelo cuidador (VALER et al., 2015).

1.5 Fundamentações teórica

A contribuição teórica dos pilares das Teorias de Enfermagem torna a práxis do enfermeiro interligada ao processo de cuidar e articula o raciocínio clínico do enfermeiro. Corroboram que os conhecimentos oriundos das Teorias de Enfermagem possibilitam ao estudante de graduação e pós-graduação o embasamento necessário para distinguir os construtos teóricos como: homem, sociedade, ambiente, cuidado e assistência (SANTOS et al., 2019).

O enfermeiro e equipe devem promover a capacitação dos cuidadores por meio de instrumentos e estratégias. Um exemplo é o referencial teórico proposto por Dorothea Orem, composto por três constructos interrelacionados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (DEMORO et al., 2018).

Em relato de experiência com objeto de estudo lactentes e seus respectivos cuidadores em um hospital público de ensino, Demoro et al. (2018) desenvolveram a abordagem sistêmica de Orem, visando a educação em saúde para o Autocuidado direcionado aos cuidadores com o objetivo de orientar o manejo dos cuidados com oxigenação, Sonda Nasogástrica (SNG), Intubação Nasofaríngea (INF) e alimentação dos lactentes. Os cuidados com a SNG e INF foram relatados e a orientação aos familiares compõe a percepção dos profissionais de saúde frente ao processo de educação em saúde e preparo para o manejo dos cuidados diários em domicílio.

Demonstraram que o sistema educativo é um apoio oferecido pelo enfermeiro ao cuidador familiar nas atividades de alimentação, SNG, INF e oxigenação, a disposição para o Autocuidado sob a perspectiva de Orem é baseada na aferição de três aspectos em relação ao cuidador: motivação, capacidade física e mental para o cuidado do lactente (DEMORO et al., 2018).

Ressaltam que os pressupostos da Teoria de Orem possibilitam o processo de ensino aprendizagem e reforçam a manutenção dos cuidados no pós-alta hospitalar. Além de diminuir o tempo de internação e conseqüentemente os custos da internação, o ensino ao autocuidado dependente favorece que o enfermeiro e equipe participem do processo educativo aos cuidadores. Também reforçam o vínculo entre a equipe de enfermagem, familiares, e dos pais com o lactente (DEMORO et al., 2018).

A Teoria do Autocuidado de Orem possibilita que o enfermeiro e sua equipe participem ativamente no apoio educativo de cuidadores familiares, além de auxiliar no pós-alta visando à continuidade dos cuidados em domicílio.

As Teorias de Enfermagem, especificamente a Teoria do Autocuidado de Orem e seus pressupostos, embasam a prática do enfermeiro e possibilitam articular ferramentas cognitivas direcionadas aos pacientes e seus respectivos cuidadores, com objetivo de promover a continuidade do cuidado no pós-alta. Além de que, corroboram para a construção do raciocínio da práxis da enfermagem e conduzem o processo de cuidar (SANTOS et al., 2019).

Assim, optou-se em fundamentar os conceitos e os fenômenos investigados pelos pressupostos da Teoria do Autocuidado e do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem enquanto contributos teóricos, para impulsionar a investigação científica no campo da enfermagem domiciliária, especificamente aos pacientes em pós-AVC que recebem cuidados de seus familiares e cuidadores informais.

A Teoria de Orem visa proporcionar mecanismos psíquicos, sociais e biológicos que possibilitem a autonomia do paciente frente à sua condição de saúde-doença. O autocuidado deve ser avaliado através das atividades de dependência do paciente frente aos cuidados ofertados pela equipe de enfermagem (QUEIROS et al., 2014).

De acordo com Santos et al. (2020), os pacientes devem receber auxílio dos familiares em domicílio, o cuidador informal é responsável pelo auxílio ao idoso em suas atividades de vida diária, ou seja, cuidados mínimos.

Ações direcionadas ao paciente no período pós-AVC, sob cuidados de familiares ou sob cuidados de profissionais, são amplamente debatidas, principalmente relacionadas ao cenário atual de DCNTs e suas conseqüências tanto para o sistema de saúde quanto para o próprio paciente e sua família. É possível

manter uma estrutura “hospitalar” dentro do domicílio, porém os riscos devem ser avaliados e monitorados.

É nesse contexto hospitalar primeiramente, que inicia a aprendizagem do cuidador em como cuidar do idoso após episódio de AVC. As orientações realizadas por equipes multiprofissionais durante a internação hospitalar são importantes para a continuidade desse cuidado no domicílio. Posteriormente à alta, a Atenção Básica do sistema de saúde na comunidade passa a ser um serviço de extrema necessidade para o acompanhamento do paciente (SANTOS et al., 2020).

Posto essas afirmações e relacionando-as aos conceitos teóricos de Orem, a demanda requerida pelo paciente em pós-AVC no âmbito domiciliar, exige um preparo do cuidador, mas, além disso, que ele possua requisitos e características para atender e proporcionar o cuidado domiciliar adequado.

As incapacidades físicas provenientes do AVC limitam as atividades da vida diária do paciente, como vestir-se; alimentar-se; deambular; transferir-se de um local para outro ou minimamente mobilizar-se no leito ou cadeira.

O presente estudo baseou-se na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem, o que possibilita evidenciar o cuidado domiciliar destinado aos pacientes em pós-AVC no aspecto educacional aos cuidadores familiares.

1.6 Justificativa do estudo

Justificamos essa investigação no seguinte contexto: o paciente em pós-AVC com necessidades de ser cuidado por um cuidador familiar ou formal em seu domicílio; a identificação da sobrecarga do cuidador e a compreensão da experiência de cuidar.

O cuidador nesse contexto pode obter nessa função alguma sobrecarga em relação ao papel de cuidar de outrem. Assim cuidadores podem desenvolver problemas nas várias dimensões da sua vida a partir dessa dedicação.

O paciente por sua vez pode possuir incapacidades físicas e de outras dimensões da saúde; também pode estar em recuperação de um episódio tardio ou recente de um AVC e depende de alguém para manter as suas necessidades atendidas.

Dessa maneira essa investigação proporcionou elaborar uma revisão integrativa de literatura sobre o tema; identificar a sobrecarga do cuidador e compreender a experiência do cuidar em domicílio.

Essa investigação restringiu-se em um contexto específico e que se originou de um banco de dados construído pela pesquisadora e utilizado no mestrado acadêmico (SÁ; FONTES; MONDELLI, 2016). O banco é constituído por registros de dados de pacientes acometidos por AVC e que eram acompanhados no ambulatório de um hospital de referência.

Dessa maneira formularam-se as seguintes perguntas da pesquisa:

- Como se configura o “estado da arte” na literatura branca nacional e internacional o contexto do cuidado domiciliar ao paciente acometido por AVC? As infecções e as incapacidades físicas interferem nesse cuidado?
- Como mensurar a sobrecarga do cuidado no cuidador familiar?
- Como se estabelece a experiência do cuidador nesse contexto?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos geral

Conhecer os fatores intervenientes nos cuidados no pós-AVC na perspectiva do cuidador informal.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar revisão integrativa da literatura sobre: as principais infecções no pós-AVC; as incapacidades físicas dos pacientes em domicílio e o papel do cuidador informal; R
- Caracterizar a sobrecarga de trabalho do cuidador familiar; C
- Compreender a experiência do cuidado em domicílio realizado pelo cuidador familiar ao paciente em pós-AVC. C

3 MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como multimétodos, composto por duas revisões integrativas de literatura e um estudo prospectivo e qualitativo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP com Parecer Consubstanciado nº 2.647.706, de 10 de maio de 2018 (ANEXO A).

3.1 Métodos das revisões integrativas

As duas revisões integrativas foram necessárias à compreensão do estado da arte do tema, a partir de perguntas norteadoras distintas. Assim, primeiramente, esclarece-se a metodologia inerente a esse tipo de estudo; depois a construção das perguntas norteadoras; a definição dos descritores utilizados e as formas de buscas; e os instrumentos utilizados para a análise dos artigos inclusos.

A revisão integrativa é uma pesquisa bibliográfica em Bases de Dados, Bibliotecas e Plataformas On-line nacionais e internacionais e que hospedam periódicos com publicações de artigos científicos. Esse método proporciona síntese do conhecimento e elaboração de resultados aplicados, a partir da inclusão das publicações e que responderam às perguntas norteadoras.

Dessa maneira as evidências científicas identificadas corroboraram para estabelecer o estado da arte do tema pesquisado, nortear a discussão desse e explanar a importância da qualidade do cuidado ao paciente em pós-AVC em domicílio, assim como nortear a prática do pensamento crítico do enfermeiro (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A seguir descrevem-se as fases das revisões integrativas:

- na 1ª fase: a formulação da pergunta norteadora, definição do tema e definição dos descritores, de acordo com o Dicionário das Especialidades das Ciências da Saúde (DECS). A pergunta norteadora da revisão formulada a partir da estratégia PICO, que é acrônimo, onde: P significa Paciente/Problema/Sujeito; I de Intervenção; C de Controle/Comparação e O de *Outcomes*/desfecho (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007) para formular a pergunta norteadora da revisão;

- na 2ª fase: consistiu em relacionar os artigos de acordo com as listagens provenientes das buscas na literatura, e que foram salvas eletronicamente em *pen drive* e notebook dos pesquisadores.

- na 3ª fase: realizou-se leitura na íntegra dos artigos para verificar respostas à pergunta norteadora. Se sim, eram inclusos e analisados de acordo com os objetivos, a metodologia, os resultados e as principais conclusões de cada um deles (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

- na 4ª fase: foram analisados os artigos incluídos e realizada análise crítica dos conteúdos, de maneira detalhada identificar as respostas à pergunta norteadora e além de resultados diferentes ou conflitantes (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Foram utilizados os instrumentos: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) e Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), respectivamente, para nortear a análise dos estudos quantitativos e qualitativos; foram também atribuídos os níveis de evidência, segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Os níveis de evidência são: nível I refere-se a estudo de revisão sistemática ou metanálise; nível II refere-se a estudos randomizados e controlados; nível III refere-se a estudo controlado sem randomização; nível IV refere-se a estudo caso controle ou estudo de coorte; nível V refere-se a estudo de revisão sistemática de estudo descritivo ou qualitativo; nível VI refere-se a estudo descrito ou qualitativo; nível VII refere-se a estudo de opinião ou consenso (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

A iniciativa STROBE significa: aprimorando a apresentação de resultados de estudos observacionais em Epidemiologia, e foi desenvolvida com o objetivo de melhorar a qualidade da descrição dos estudos observacionais e facilitar a leitura crítica pelos leitores, editores e revisores, e trata de princípios que podem nortear esse tipo de estudo (MALTA et al., 2010).

O COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) trata de critérios consolidados para relatórios de pesquisa qualitativa. Os critérios incluem uma listagem de verificação de 32 itens, que auxiliam pesquisadores a relatar aspectos importantes da pesquisa, como métodos, contexto, resultados, análises e interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

O Instrumento *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) analisa estudos de revisão sistemática e ensaios clínicos randomizados.

Na 5ª Fase: A interpretação dos resultados compreendeu a discussão dos dados identificados e a contribuição para responder a pergunta de revisão e

identificar as lacunas de conhecimento sobre o tema (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Na 6ª Fase foi elaborada a apresentação da síntese do conhecimento.

3.1.1 Revisão integrativa 1: perfil microbiológico e incapacidade física do paciente com acidente vascular cerebral

As perguntas norteadoras foram:

1- As IRAS, principalmente ITU e ITR com ênfase na pneumonia, se relacionam com a incapacidade física do paciente com AVC?

2- Qual é o perfil microbiológico prevalente nos relatos identificados na literatura?

A busca foi realizada em 24 de agosto de 2017, sem delimitação de anos anteriores. Os descritores em português e inglês foram extraídos do DECS e inseridos nas plataformas e Bases On-line, utilizando-se os operadores booleanos OR (ou) AND (e) NOT (não) e os termos do MESH. As bases Web of Science e CINAHL não retornaram resultados na época.

Descritores utilizados para a busca na Plataforma BIREME:

(Deficiência OR Deficiências OR Deficiência Física OR Deficiências Físicas OR Deficiente Físico OR Incapacidade OR Incapacidade Funcional OR Limitação Física) AND (Acidente Vascular Cerebral OR Acidente Vascular Cerebral (AVC) OR Derrame Cerebral OR Ictus Cerebral OR AVC OR Apoplexia OR Acidente Cerebrovascular OR Apoplexia Cerebral OR Apoplexia Cerebrovascular OR Icto Cerebral OR Acidente Vascular Encefálico OR AVE OR Acidente Vascular do Cérebro OR Acidente Cerebral Vascular OR Acidentes Cerebrais Vasculares Or Acidentes Cerebrovasculares OR Acidentes Vasculares Cerebrais OR Accidente Cerebrovascular OR Stroke) AND (Infecção Hospitalar OR Infecções Nosocomiais OR Infección Hospitalaria OR Cross Infection).

Descritores do MESH termos na busca da base PUBMED:

(Disabled Persons OR Disabled Person OR Handicapped OR Physically Handicapped OR Physically Disabled) AND (Stroke OR Strokes OR Apoplexy OR CVA (Cerebrovascular Accident) OR CVAs (Cerebrovascular Accident) OR Cerebrovascular Accident OR Cerebrovascular Accidents OR Cerebrovascular Apoplexy OR Cerebrovascular Stroke OR Cerebrovascular Strokes OR Cerebral

Stroke OR Cerebral Strokes) AND (Cross Infection OR Cross Infections OR Healthcare Associated Infections OR Healthcare Associated Infection OR Health Care Associated Infections OR Health Care Associated Infection OR Hospital Infection OR Nosocomial Infection OR Nosocomial Infections OR Hospital Infections).

Descritores do MESH termos na busca na base SCOPUS:

("Disabled Persons" OR "Disabled Person" OR Handicapped OR "Physically Handicapped" OR "Physically Disabled") AND (Stroke OR Strokes OR Apoplexy OR "CVA" ("Cerebrovascular Accident") OR "CVAs" ("Cerebrovascular Accident") OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Cerebrovascular Apoplexy" OR "Cerebrovascular Stroke" OR "Cerebrovascular Strokes" OR "Cerebral Stroke" OR "Cerebral Strokes") AND ("Cross Infection" OR "Cross Infections" OR "Healthcare Associated Infections" OR "Healthcare Associated Infection" OR "Health Care Associated Infections" OR "Health Care Associated Infection" OR "Hospital Infection" OR "Nosocomial Infection" OR "Nosocomial Infections" OR "Hospital Infections").

Descritores MESH termos na busca na base EMBASE:

("Disabled Person" OR "Disabled Person" OR Handicapped OR "Physically Handicapped" OR "Physically Disabled") AND (Stroke OR Strokes OR Apoplexy OR "CVA" ("Cerebrovascular Accident") OR "CVAs" ("Cerebrovascular Accident") OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Cerebrovascular Apoplexy" OR "Cerebrovascular Stroke" OR "Cerebrovascular Strokes" OR "Cerebral Stroke" OR "Cerebral Strokes") AND ("Cross Infection" OR "Cross Infections" OR "Healthcare Associated Infections" OR "Healthcare Associated Infection" OR "Health Care Associated Infections" OR "Health Care Associated Infection" OR "Hospital Infection" OR "Nosocomial Infection" OR "Nosocomial Infections" OR "Hospital Infections").

3.1.2 Revisão integrativa 2: como se configura o cuidado domiciliar no pós-AVC em relação às infecções e ao papel do cuidador

Sabe-se que as principais infecções em pós-AVC estão relacionadas às topografias dos: aparelho urinário, respiratório e infecção de corrente sanguínea, devido ao uso de cateteres (SÁ; FONTES; MONDELLI, et al., 2016).

Os descritores utilizados para a busca foram combinados entre si, para a estratégia em português e do MESH, para a estratégia em inglês. A busca foi compreendida entre 2016 a agosto de 2020 nas bases de dados: CINAHL, EMBASE, Scopus, PubMed, Web of Science, BIREME, LILACS e Scielo.

Os descritores utilizados do DECS em português foram:

Assistência de Enfermagem Domiciliar OR Assistência de Enfermagem Domiciliar Especializada OR Assistência de Enfermagem Domiciliar Profissional OR Cuidado de Enfermagem Domiciliar OR Cuidados de Enfermagem Domiciliar OR Cuidados de Enfermagem Domiciliar Especializados OR Cuidados de Enfermagem Domiciliar Profissionais OR Enfermagem Especializada Domiciliar) AND (Infecção OR Infecções) AND (Acidente Vascular Cerebral OR Ictus Cerebral OR AVC OR Apoplexia OR Acidente Cerebrovascular OR Apoplexia Cerebral OR Apoplexia Cerebrovascular OR Icto Cerebral OR Acidente Vascular Encefálico OR AVE OR Acidente Vascular do Cérebro OR Acidente Cerebral Vascular OR Acidentes Cerebrais Vasculares OR Acidentes Cerebrovasculares OR Acidentes Vasculares Cerebrais.

Os descritores em inglês foram:

Home Care Services, Hospital-Based OR (Home Care Services AND Stroke OR Strokes OR Apoplexy OR CVA OR Cerebrovascular Accident OR CVAs OR Cerebrovascular Accidents OR Cerebrovascular Apoplexy OR Cerebrovascular Stroke OR Cerebrovascular Strokes OR Brain Vascular Accident OR Brain Vascular Accidents OR Cerebral Stroke OR Cerebral Strokes OR Acute Stroke OR Acute Strokes OR Acute Cerebrovascular Accident OR Acute Cerebrovascular Accidents) AND (infection OR infections).

A pergunta norteadora foi formulada baseando-se na estratégia PICO, de acordo com o Quadro 1:

Quadro 1 - Construção da pergunta norteadora segundo a estratégia PICO. Botucatu- SP. Brasil, 2020.

P	Pacientes no período pós-AVC em domicílio sob cuidados de cuidadores formais ou informais
I	Identificar o impacto da presença de infecções no paciente em pós-AVC em cuidado domiciliar e em relação ao cuidador formal ou informal. Realizar entrevista com o cuidador. Aplicar a Escala de Caregiver Burden Scale para determinar a sobrecarga do cuidador.
C	Análise: dos dados qualitativos das entrevistas; do perfil sócio demográfico e da participação da rede básica em interface com a atenção hospitalar.
O	Os fenômenos relativos às necessidades de cuidados dos pacientes e de seus cuidadores.

Fonte: a autora.

Assim, as perguntas norteadoras formuladas foram:

“Quais são as principais infecções ocorridas em pacientes em pós-AVC domiciliados?”

“Qual o impacto da sobrecarga do cuidador informal no atendimento às demandas de cuidado diário do paciente em pós-AVC?”

“Qual a relação entre atendimento domiciliar prestado por cuidadores informais e os custos para o Sistema de Saúde?”

3.2 Método 2: estudo qualitativo

Estudo de delineamento descritivo e qualitativo, realizado por meio de agendamento de entrevistas com cuidadores familiares e pacientes em pós-AVC, no domicílio ou no ambulatório de neurologia da instituição do estudo.

O banco de dados em Excel que possuía as informações de contatos do pacientes foi utilizado para a localização e contato telefônico. Essa listagem continha nome, endereço, contato telefônico dos pacientes. Esse banco de dados originou-se do trabalho desenvolvido pela discente no mestrado acadêmico nessa mesma instituição.

Com o aceite, a entrevista era marcada no horário e na residência do paciente, mediante confirmação do endereço. Salienta-se que antes de se dirigir para a residência, a discente ligava novamente para confirmar a entrevista.

3.2.1 Instrumentos de coleta dos dados

Foram utilizados dois instrumentos de coleta durante as entrevistas.

O primeiro instrumento foi formulado pelas pesquisadoras (APÊNDICE A) e possuía campos com as variáveis sociodemográficas quantitativas e qualitativas e preenchidas pelo entrevistador. A pergunta norteadora da entrevista localizava-se a seguir: “Conte-me a respeito de sua experiência em cuidar do paciente (...) em fase de pós-AVC?”

As variáveis quantitativas e qualitativas para identificar o perfil sócio-demográfico do cuidador foram as seguintes: idade; sexo; grau de parentesco; renda familiar; nível de escolaridade; tempo de cuidado nas 24 horas; queixas em relação à ocorrência de infecção; quanto tempo é cuidador; reside com o paciente; informações adicionais.

As variáveis quantitativas e qualitativas caracterizaram a amostra do estudo.

O segundo instrumento utilizado foi o Inventário de Burden, também denominado como Escala de Burden (ANEXO B). Essa escala destina-se a identificar a sobrecarga do cuidado e os seus itens eram preenchidos pelo pesquisador durante a entrevista.

A Escala de Burden busca identificar os limites da sobrecarga de cuidados prestados por cuidadores profissionais ou informais, no que tange à assistência direta ao paciente domiciliado no pós-AVC (VALER et al., 2015).

A somatória dos escores obtidos com a aplicação da Escala de Burden é classificada da seguinte maneira:

- Somatória menor ou igual a 20 refere-se à sobrecarga nula ou pequena;
- Somatória maior que 20 e menor ou igual a 40 refere-se à sobrecarga moderada;
- Somatória maior que 40 e menor que 60 refere-se à sobrecarga moderada-severa;

- Somatória maior que 60 e menor ou igual a 88 refere-se à sobrecarga severa.

Obteve-se êxito na aplicação da Escala de Burden em oito cuidadores, devido às dificuldades de que quando estavam fornecendo as informações pertinentes, interrompia-se a coleta para que pudessem acompanhar o paciente durante a consulta, e não retornavam para concluir.

A análise dos dados obtidos com a aplicação da Escala de Burden em oito cuidadores familiares foi descrita de acordo com os escores da sobrecarga de trabalho.

3.2.2 Coleta dos dados

A coleta dos dados deu-se por realização de entrevistas realizadas pelas pesquisadoras, no período de agosto de 2018 a junho de 2019. Não foi realizada entrevista piloto.

As pesquisadoras são do sexo feminino, com experiência na condução e publicações de estudos de abordagem qualitativa, com o referencial metodológico utilizado. A orientadora do estudo possui titulação de Doutorado em Saúde do Adulto e a discente título obtido em Mestrado Acadêmico em Enfermagem na área de concentração Cuidado em Saúde e Gestão de Sistemas.

O procedimento de convite para os participantes do estudo foi realizado da seguinte maneira: identificação do paciente na listagem do banco de dados da discente; localização do registro do paciente no sistema eletrônico hospitalar para confirmação de que o paciente fazia acompanhamento ambulatorial no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC/FMB). Assim era realizado o contato telefônico com o cuidador familiar nos números de telefones, fixo e móvel, disponíveis.

A partir do primeiro registro de paciente na listagem, as ligações eram realizadas, e se houvesse o aceite ou não para a marcação da visita, procediam-se às ligações aos próximos registros da lista.

Dificuldades foram encontradas durante a fase do convite aos participantes do estudo, como: número de telefone inexistente e desatualizado; ligações não atendidas; ligações atendidas e negadas; mensagem de caixa postal. Uma entrevista agendada, em cidade distante 50 km do local do estudo, não foi

realizada, pois não havia ninguém no domicílio no horário marcado, mesmo com ligação telefônica de confirmação antecedendo a ida até o domicílio.

O cuidador familiar era convidado por telefone a participar do estudo e, quando aceitava, agendava-se a entrevista no domicílio, ou caso fosse viável, para o próximo retorno ambulatorial do na instituição do estudo.

As pesquisadoras dirigiram-se ao domicílio do paciente e/ou ao ambulatório da instituição, de acordo com agendamento realizado, e com firmação do encontro por telefonema no mesmo dia.

Após a apresentação da pesquisadora e da pesquisa, e do documento impresso, leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), procediam-se à realização da entrevista.

As entrevistas foram gravadas e obtiveram uma variação de tempo de duração de 10 a 30 minutos, e buscaram compreender a experiência do cuidador familiar com o paciente em pós-AVC no domicílio. Depois de gerada a gravação, os conteúdos das falas eram transcritos pela pesquisadora para documento do Word, de computador portátil.

Obteve-se a saturação teórica dos dados na décima oitava entrevista realizada. Atribuiu-se a letra “E” para cada entrevista e número sequencial da sua realização: do um até o 18.

3.2.3 Análise dos dados

O referencial metodológico utilizado para a compreensão do fenômeno investigado a partir da pergunta norteadora na entrevista foi a Análise de Conteúdo de Bardin, vertente temática (BARDIN, 2016).

A vertente temática consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o objetivo de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores que permeiam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 2016).

Essa técnica possibilita a busca dos significados a partir das falas dos sujeitos e constitui-se nas etapas descritas a seguir: a pré-análise; a exploração do material e a inferência dos dados.

A pré-análise é a etapa de organização do material e sistematização das ideias e objetiva a formulação das hipóteses e a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.

A exploração do material compreende a categorização dos dados, que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. A categorização consiste em uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, seguidos por reagrupamento com critérios previamente definidos. Nesta fase é realizada a escolha das unidades de significação e a categorização (BARDIN, 2016).

A inferência dos dados dá-se a partir do tratamento dos resultados e interpretação, é a fase em que os resultados brutos são tratados de maneira a torná-los significativos e válidos, e o pesquisador pode propor temas e realizar interpretações ou inferências que digam respeito aos objetivos do estudo (BARDIN, 2016).

As entrevistas (E) foram identificadas alfanumericamente de um a 18 e os respectivos conteúdos das gravações foram transcritos pela discente e digitados na íntegra em Programa WORD/WINDOWS.

Os documentos em Word das transcrições das 18 entrevistas foram analisados separadamente pelas pesquisadoras e não houve necessidade de imprimir e nem de retornar às gravações realizadas devido à clareza e objetividade. Descartaram-se os áudios das gravações após essa fase. Após, as pesquisadoras se reuniam para a validação das análises realizadas individualmente.

As entrevistas foram lidas na íntegra de modo flutuante e assim identificar os fenômenos que pudessem responder a pergunta norteadora do estudo.

As unidades de registro do “corpus” foram identificadas e submetidas às etapas da análise de conteúdo: a pré-análise; a exploração do material e a inferência dos dados, de acordo com referencial de Bardin (BARDIN, 2016).

Os princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência foram utilizados a partir do “*corpus*” da pesquisa e da pergunta norteadora do estudo e buscou-se o significado das falas dos sujeitos.

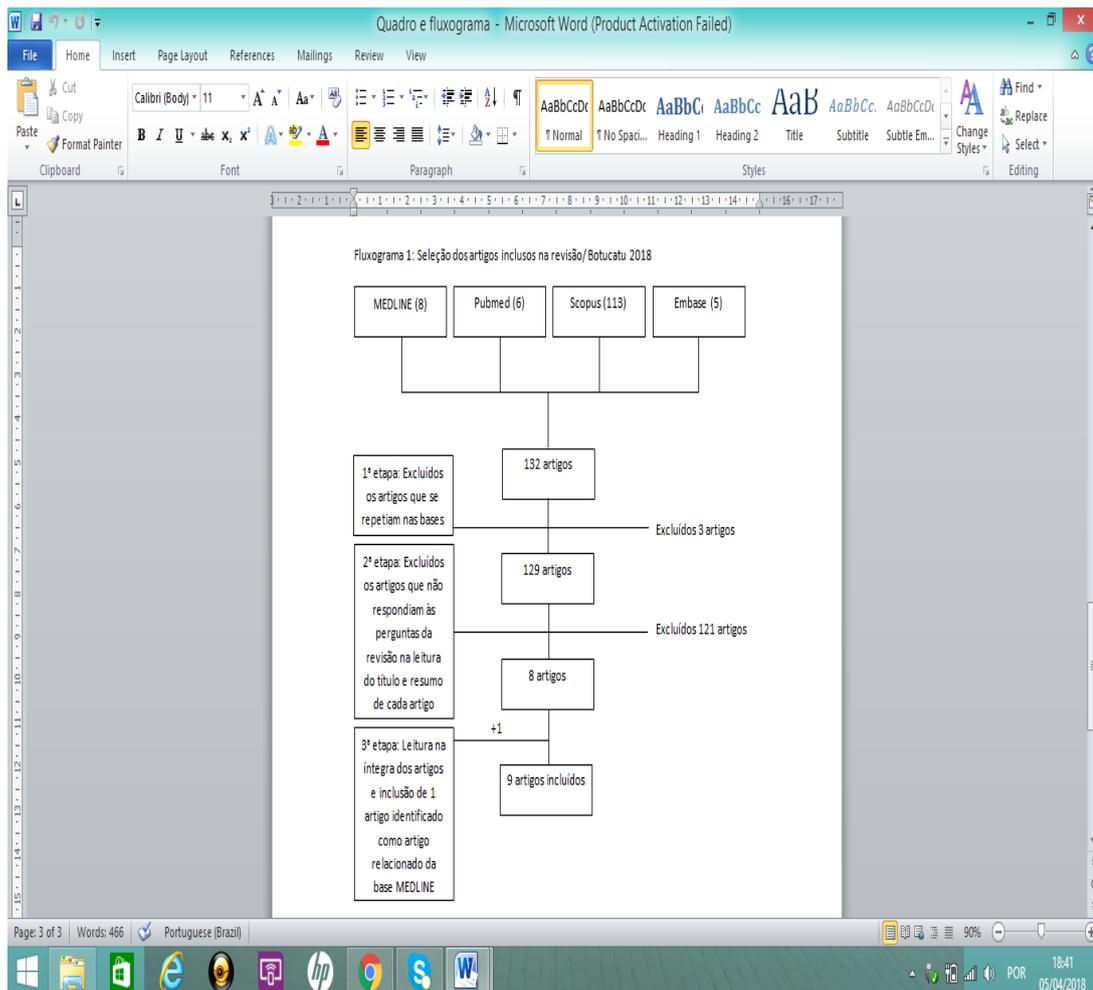
Foram realizadas reuniões presenciais entre as pesquisadoras com a finalidade de nomear as categorias inferidas e validá-las. Após essa fase, foram propostos os temas relacionados ao objetivo do estudo, de modo pertinente e fidedigno e que compreendesse o fenômeno investigado.

4 RESULTADOS

4.1 Revisão integrativa de literatura 1: perfil microbiológico e incapacidade física do paciente com acidente vascular cerebral

O fluxograma (Figura 1) representa a identificação de artigos a partir da estratégia de busca com os descritores nas bases de dados, biblioteca virtual e plataformas On-line. Foram identificados 132 artigos e depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão e de acordo com as etapas da revisão já descritas no método, resultaram nove artigos incluídos. Os nove artigos foram submetidos à leitura na íntegra para que pudessem responder às duas perguntas norteadoras.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos, segundo as fases da revisão. Botucatu 2017



Fonte: A autora

O Quadro 2 apresenta os dados principais dos nove artigos inclusos: título; objetivos do estudo; o ano de publicação; país de origem; base de dados de origem; nível de evidência científica e o escore resultante da análise dos artigos pelo instrumento STROBE; todos os estudos inclusos foram de delineamento quantitativo.

Quadro 2 - Caracterização dos nove artigos incluídos na revisão. Botucatu, 2017

Título	Objetivo	Ano de publicação/país de origem	Base de dado	Nível de evidência/STROBE (22)
Impact of Infection on Stroke Morbidity and Outcomes	Estudar o impacto da infecção no acidente vascular cerebral.	2016/EUA	MEDLINE	VII/ -
Can a clinical classification of stroke predict complications and treatments during hospitalization?	Avaliar se a classificação feita na admissão do paciente pode ser preditora de complicações e intervenções terapêuticas no AVC agudo.	1997/Portugal	MEDLINE	IV/ STROBE 19
Preventive strategies for aspiration pneumonia in elderly disabled persons	Discutir como a pneumonia se desenvolve em idosos com deficiência e sugerir estratégias preventivas que podem reduzir a incidência de pneumonia entre estes. Descrever a fisiopatologia e o manejo da pneumonia aspirativa.	2005/Japão	SCOPUS	VII/ -
Clinical and microbiological features of patients admitted to the intensive care unit with nursing and healthcare-associated pneumonia	Avaliar clínica e microbiologicamente pacientes com pneumonia associada à saúde, admitidos em uma unidade de terapia intensiva (UTI).	2015/República da Coreia	SCOPUS	IV/ STROBE 19
Predictors of hospital outcome in patients with cerebral venous thrombosis	Identificar preditores de resultados hospitalares entre os pacientes tailandeses com CVT.	2014/Tailândia	MEDLINE	IV/STROBE 17
Prognosis of Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis	Obter evidências confiáveis sobre a apresentação clínica, fator de risco, resultado e fatores prognósticos em uma grande série prospectiva e multicêntrica de pacientes com CVT.	2004/EUA	MEDLINE	IV/STROBE 19
Post-stroke infection: A systematic review and meta-analysis	Calcular as taxas de infecção pós-AVC combinadas, características da população associadas à infecção e estimar o impacto da pneumonia no desfecho após o AVC.	2011/Holanda	MEDLINE	I/STROBE 21
Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. a population-based prospective follow-up study	Determinar a incidência e os fatores preditivos de ITU entre os idosos mais velhos da população em geral.	2011/ Países Baixos	SCOPUS	IV/STROBE 18
Excess Mortality and Long-Term Disability from Healthcare-Associated Staphylococcus aureus Infections: A Population-Based Matched Cohort Study	Examinar se as IRAS causadas por S. aureus aumentam os riscos de mortalidade e incapacidade a longo prazo.	2013/Taiwan	SCOPUS	IV/STROBE 19

Fonte: A autora

4.2 Revisão integrativa de literatura 2: Como se configura o cuidado domiciliar no pós AVC em relação às infecções e ao papel do cuidador

Verificou-se que quando os termos foram combinados entre si, não houve retorno de publicações na: Bireme; PubMed; Web of Science; Lilacs; Scielo e Scopus. Nas bases CINAHL e EMBASE retornaram resultados de acordo como demonstra o Quadro 3. O período de busca foi de 2011 a agosto de 2020.

Quadro 3 - Artigos identificados nas bases de dados de acordo com a estratégia de busca em português e inglês e artigos inclusos na revisão. Botucatu-SP, Brasil, 2020.

Bases	Artigos identificados	Artigos inclusos revisão
Embase	02	00
Web of Science, Bireme, PubMed, Lilacs, Scielo, Scopus	15	05

Fonte: A autora

No Quadro 4, visualizam-se os principais resultados e conclusões dos artigos inclusos.

Quadro 4- Caracterização dos artigos inclusos na revisão quanto ao tipo de estudo, principais resultados, conclusões e análise segundo os instrumentos STROBE/CONSORT. Botucatu-SP, Brasil, 2020.

Autores	Desenho e amostra	Principais resultados	Conclusões	STROBE/CONSORT T Nível de Evidência
Shim, Wong, 2016	Estudo teórico	Uma das principais ocorrências em pacientes no pós-AVC é o processo infeccioso.	A imunidade cerebral é um eixo complexo que induz a imunossupressão no pós-AVC. O cérebro produz moléculas imunossupressoras como as catecolaminas e glicocorticoides, infecções como Pneumonia e ITU são comuns.	22/- VII

Bohnet-Joschko, et al., 2016	Análise secundária de banco de dados da Alemanha	Custos associados a serviços de home care na Alemanha de pacientes no pós-AVC. Foram dispensados cerca de 163.3 milhões de euros para os serviços de home care que fizeram transferência de pacientes portadores de Pneumonia para o hospital.	O estudo evidenciou os custos associados ao processo de transferência de pacientes de home care para o hospital, que tiveram Pneumonia associada ao pós-AVC.	25/- V
Kuo, Wang, Chen, 2016	Estudo de intervenção	Aplicação de aparelho móvel para comunicação das enfermeiras que estão em campo de atuação com pacientes no pós-AVC.	Os resultados demonstraram que o sistema móvel de informação é útil para atuação na prática das enfermeiras de serviços de homecare.	22/-
Kamal et al., 2016	Ensaio clínico randomizado Registro: NCT02202330	Aplicação do vídeo, através de um aplicativo denominado: Movie4Stroke com cinco minutos de duração consistiu em um vídeo educativo para familiares e portadores de AVC.	O aplicativo que contém o vídeo buscar dar suporte aos familiares e pacientes no pós-AVC, em relação aos cuidados de reabilitação, medicação e cuidados básicos.	-/24 II
Auget et al., 2016	Estudo transversal	Mapeamento e vigilância de MRSA na comunidade. MRSA foi associado a condição de pobreza; também associou-se que o MRSA provém da rede hospitalar.	Os autores sugerem que os programas de controle de infecção trabalhem na admissão deste paciente no ambiente hospitalar.	23/-

Fonte: A autora

4.3 Caracterizações do perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes e cuidadores

Os resultados apresentados primeiramente referem-se à caracterização do perfil epidemiológico dos pacientes, e a seguir de seus cuidadores, segundo análise das frequências absoluta e relativas das variáveis coletadas nas entrevistas. Do total de 18 pacientes, dois deles não responderam a presença ou ausência de variáveis sócio-demográficas.

O perfil epidemiológico dos 18 pacientes caracterizou-se por: 14 eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Onze pacientes permaneceram internados devido aos episódios de AVC; um apresentou o segundo episódio de AVC; um apresentou delírio e infecção do trato urinário; um apresentou embolia

pulmonar, um foi acometido por Infarto Agudo de Miocárdio; um internou para cirurgia de manguito rotador e um internou devido à pneumonia.

Verificou-se que dos 18 pacientes, um não possuía cuidador devido a possuir suficiência de autocuidador. Quanto à presença de AVC prévio, dois (11,11%) pacientes não relataram e/ou não souberam responder; nove (50%) não apresentaram e sete (38,88%) afirmaram que tiveram.

Quanto ao acompanhamento em Unidade Básica de Saúde (UBS): dois (11,11%) pacientes não frequentavam e 12 (66,67%) frequentavam a UBS mais próxima de sua residência. Em relação ao acompanhamento ambulatorial no hospital de referência, três pacientes não frequentavam os retornos ambulatoriais, e 13 frequentavam regularmente.

Os resultados demonstram que 18 (100%) dos pacientes estavam em uso de medicação; desses 14 (82,35%) não estavam em uso de antibioticoterapia. Em relação às comorbidades apresentadas pelos pacientes: 14 (82,35%) apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 14 (82,35%) não apresentaram Diabetes *Mellitus* (DM); (94,12%) não eram tabagistas; e 18 (100%) não eram etilistas; 12 (66,67%) possuíam dislipidemia; e 18 (100%) não apresentaram HIV e nove (56,25%) não apresentaram AVC Prévio.

Os pacientes utilizaram algum tipo de dispositivo invasivo durante a internação hospitalar, e com maior frequência foram: o Cateter Venoso Periférico (CVP), a Sonda Naso Enteral (SNE) e a Sonda Vesical de Demora (SVD).

Em relação ao perfil epidemiológico dos 17 cuidadores entrevistados: 13 eram do sexo feminino; quatro do sexo masculino; cinco não residiam com o paciente e dez residiam com o paciente, dois não informaram; um cuidador se denominou formal e 15 eram cuidadores informais/familiares. Salienta-se que dos 18 pacientes um não possuía cuidador, devido ao grau de independência no pós-AVC.

Quanto ao grau de parentesco do cuidador em relação ao paciente, sete (41,17%) eram filhas; três (17,64%) eram esposos e duas (11,76%) eram esposas; uma (0,17%) era nora; três (17,64%) cuidadores informais não responderam; e um (5,88%) era cuidador formal, ou seja, sem parentesco com o paciente.

A variação da renda familiar foi entre R\$1.000,00 e R\$ 10.000,00. Na faixa de renda entre de R\$1000,00 e R\$ 3000,00, incluíram-se nove (50%) pacientes e seus respectivos cuidadores; na faixa de renda entre R\$ 4000,00 e 7000,00,

obteve-se três (16,66%) pacientes e seus respectivos cuidadores e um (5,55%) na faixa de R\$ 8000,00 e R\$ 10000,00.

O nível de escolaridade dos cuidadores apresentou uma variação entre ensino fundamental incompleto até ensino superior completo e foram compostos assim: ensino fundamental incompleto e completo para sete (41,17%) cuidadores familiares, ensino médio incompleto e completo para três (17,64%) cuidadores familiares e ensino superior incompleto e completo para cinco (29,4%) cuidadores familiares.

4.4 Caracterizações da sobrecarga do cuidador segundo Escala de Burden

Quanto à análise dos escores obtidos com a aplicação da Escala de Burden aos cuidadores, cinco (29,41%) cuidadores não responderam relacionadas às entrevistas de números um, dois, 12, 14 e 17. O motivo identificado foi a falta de tempo nesse momento da coleta, devido ao fato dos pacientes terem sido chamados para atendimento médico.

Para os 12 cuidadores que responderam a Escala de Burden, identificou-se no total dos escores obtidos, mínimo de quatro e máximo de 43.

Cinco (29,4%) cuidadores possuíam *sobrecarga leve ou nula, soma de escores entre Zero e 20*.

Na faixa de escores *maior que 20 e menor que 40, sobrecarga moderada* foram obtidas por cinco (29,41%) cuidadores; e dois (11,76%) cuidadores com *sobrecarga moderada/severa, que compreende a faixa de escores entre maior que 40 e menor que 60*.

Não foram identificados *sobrecarga severa, som dos escores entre maior que 60 e menor que 88*.

4.5 Análises qualitativas das entrevistas sob-referencial metodológico de Bardin

Foram realizadas entrevistas áudiogravadas, sendo que a saturação teórica dos dados ocorreu na décima oitava (18ª).

Após as leituras flutuantes dos conteúdos das entrevistas transcritas, realizou-se a inferência e nomeação dos componentes relevantes relacionados às

unidades de falas, conforme organizados nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5 - Componentes e unidades de fala relevantes das 18 entrevistas.
Botucatu- SP. Brasil, 2019.

Entrevistas	Componentes	Unidades de fala
E1	Autoconhecimento Acolhimento Experiências de cuidados Facilidade	“[...] eu to sentindo que não to bem [...]” “[...] é só olhar porque ela é ótima [...]” “[...] eu cuidei da minha sogra [...]” “[...] chama minha filha, daí ela veio [...]”
E2	Dificuldades	“[...] pois ela não consegue falar[...].”
E3	Conhecimento Trauma Cuidado extremo Paciente independente Autoimagem Religião	“[...] ela ficou totalmente independente [...]” “[...] eu não deixava ela ficar sozinha [...]” “[...] consequência que eu vejo que é o emocional da gente [...]” “[...] eu to gorda [...]” “[...] pedindo para Deus guardar [...]” “[...] já sabia quais eram os sintomas do AVC [...]”
E4	Sobrecarga Suporte familiar Comportamentos Sentimentos	“[...] ela tem um gênio bom, é fácil de cuidar.” “[...] eu venho aqui todos os dias [...]” “[...] a gente precisa ter muita paciência[...] muita vontade de cuidar do outro. O resto é fácil.”
E5	Acolhimento Desconhecimento Suporte familiar Mudança Independência	“[...] Mas ela anda, ela faz almoço [...]” “[...] Falar assim que cuidei de alguém muito idoso, nunca cuidei [...]” “[...] praticamente eu moro aqui né, junto com ela [...]” “[...] Aí que nós chamamo a vizinha [...] ela falou pra gente ‘é mais fácil chamar o SAMU’ [...]” “Ela era forte, não era assim [...]”

E6	Suporte familiar Conhecimento Sobrecarga Comportamento Sentimento Dificuldades Experiências anteriores Mudança Ambiente Impacto financeiro	<p>“Quem cuida dela é eu e minha filha [...]”</p> <p>“[...] Aí paralisou uma parte da perna dela, um lado do braço e a fala né [...]”</p> <p>“[...] é muita coisa [...] tem que fazer tudo por ela [...]”</p> <p>“[...] Tem hora que ela fica brava [...]”</p> <p>“Ah, é difícil, em. E não é o primeiro que cuido não [...]”</p> <p>“[...] tava tão nervoso de ficar com ela no hospital.”</p> <p>“[...]ela não quer saber se tem se não tem dinheiro [...]”</p>
E7	Suporte familiar Conhecimento Cuidado diário Impacto financeiro Facilidade Classificação do cuidado Dificuldade	<p>“Desde quando ela teve AVC eu durmo com ela.”</p> <p>“Eu senti dormência desse lado esquerdo e muita dor desse lado, muita dor na cabeça [...]”</p> <p>“A gente teve que comprar um carro, a gente não tinha condição e compro [...]”</p> <p>“[...] Tipo, não teve sequela, então não foi difícil.”</p> <p>“Pra mim é uma honra cuidar dela [...]”</p>
E8	Suporte familiar Monitoramento Aumento no cuidado diário Facilidade Independência Dificuldade	<p>“[...] As meninas se juntam de final de semana, limpam tudo [...]”</p> <p>“A gente tem um monitor [...]”</p> <p>“Ela faz tudo sozinha [...]”</p> <p>“Não tem um tipo de sequela nenhuma [...]”</p>
E3	Tristeza/ Vivenciar doença do pai Transferência de papel filha-cuidadora	<p>“...eu acho que é a mesma coisa que cuidar de uma criança...”</p> <p>“...a gente cuida de uma criança, do filho da gente e a gente tem que cuidar dele...”</p> <p>“...acho tão triste...”</p>

E11	Irritabilidade do paciente em relação as sequelas, Alterações de humor do paciente, Cuidado contínuo	<p>“...irritada, com tudo...”</p> <p>“...Só que agora ela usa fralda, não usa calcinha, então ela fica irritada, odeia! A boca desse jeito então, meu Deus...”</p> <p>“...então é meio difícil de cuidar...”</p> <p>Não... é dela, só que ficou pior.</p> <p>“...Desde que ela teve o primeiro AVC ela passou a ficar comigo, foi em 2016...”</p> <p>“... Quase o dia inteiro, porque eu moro lá...”</p>
E12	Necessidades básicas, Cuidado contínuo Suporte familiar	<p>“...Ah, faz tudo certinho né, como tem que ser... a comida na hora Certa, trocar todas as vezes que precisa a gente troca, toda hora vai ver se quer tomar uma água, remédio tudo no horário certinho...”</p> <p>“...a gente cuida ali, toda hora que precisa a gente tá ali. Eu acho que a gente cuida muito em, tem que cuidar, né?!...”</p> <p>“...Ajudar ele a recuperar mais rápido né... Então a gente procura meio de fazer o melhor possível. Até um pouco de sacrifício para ajudar né...”</p>
E14	Necessidades básicas, Suporte familiar, Cuidado contínuo e dependente, Dificuldade	<p>“...foi difícil por causa da sonda, eu não estava habituada, mas agora que tirou eu achei que melhorou, ficou bem mais fácil...”</p> <p>“...minha filha e meu filho que ajuda...”</p> <p>“...e eu dependo deles também pra ajuda...”</p> <p>“... ele desce muito pra baixo e tem que fazer força pra colocar ele e eu tenho problema na coluna...”</p> <p>“...só alimentação dele que agora é 5 vezes por dia, então você tem que dispor seu tempo pra ele né, então é complicado...”</p>
E18	Sequelas Suporte familiar Enfrentamento familiar Transferência de papel filha-cuidadora Cuidado contínuo e dependente Alterações de comportamento do paciente em relação ao cuidador formal e informal Sentimentos	<p>“[...]ausência...demência... desvio de rima na boca e perdeu força muscular de membros superiores e inferiores e ficou com a fala enrolada.”</p> <p>“[...]eu não compro mais tanto, coisas que ela gostava muito eu comprava coisas e ela não sabia o que era[...]</p> <p>“[...]eu comecei a cuidar depois do AVC, e depois do segundo mais ainda[...]</p> <p>“[...]e tenho meus filhos que ficam, eles fazem uma escala pra não ficar só com a cuidadora[...]</p> <p>“[...]É tudo no tempo dela, ela não quer acordar as oito daí tem que esperar, o banho tem que esperar... eu tinha bastante dificuldade porque achava que eu tinha que fazer tudo, estava muito ansiosa, e falava mãe vamos tomar banho, daí ela falava não que eu já tomei[...]</p> <p>“[...]fazia vários tipos de sopa e ela falava quero miojo, e com a cuidadora não é assim, ela faz a sopa e já da antes de eu</p>

	positivos/negativos	<p>chegar[...]"</p> <p>"[...]ficava muito difícil, porque as pessoas de casa eles não aceitam muito[...]"</p> <p>"[...]eu comecei a cuidar depois do AVC, e depois do segundo mais ainda, ela ficou com a memória prejudicada[...]"</p> <p>"[...]afetou mais a memória..."</p> <p>"[...] é bem complicado porque houve troca de papeis eu sou a mãe ela a filha[...]"</p> <p>"[...]eu fico chocada, começa perder a referência, achar que o cachorro é uma criança[...]"</p> <p>"[...]eu ficava muito chocada muito chateada, por mais que tenha todos os cuidados a pessoa vai ficando debilitada, é difícil[...]"</p> <p>"[...]vai percebendo que a morte mesmo está chegando, preparado a gente "...nunca ta, mas tem o medo de perdê-la."</p>
--	---------------------	---

Fonte: a autora

As categorizações foram nomeadas a partir da identificação dos componentes e das respectivas unidades de fala representativas, conforme descrito no Quadro 6.

Quadro 6 - Categorias, componentes e unidades de fala. Botucatu - SP, Brasil 2019

Categorias	Componentes	Unidades de fala
Providências durante o momento de AVC	<p>Conhecimento</p> <p>Desconhecimento</p> <p>Autoconhecimento</p> <p>Acolhimento</p>	<p>"[...] eu to sentindo que não to bem [...]" (E1)</p> <p>"[...] já sabia quais eram os sintomas do AVC [...]" (E3)</p> <p>"[...] Ela tava no banheiro, ela saiu do banheiro e bateu com a cabeça e chegou a cair aqui. Aí que nós chamamo a vizinha [...] ela falou para a gente 'é mais fácil chamar o SAMU, mas acho que ela tá tendo AVC' [...]" (E5)</p> <p>"[...] como que vocês perceberam que ela tava tendo AVC?"; "Ah... dá né, dá pra ver né." (E6)</p> <p>"Eu senti dormência desse lado esquerdo e muita dor desse lado, muita dor na cabeça, nossa." (E7)</p> <p>[...] tentava falar, meio com aquele peso, meio desconexa assim... e a língua dela que ela não tinha comando. [...] (E8)</p>

Apoio da família ao paciente com AVC	<p>Suporte familiar</p> <p>Acolhimento</p> <p>Sobrecarga</p> <p>Mudança de comportamento</p>	<p>“[...] quando ela teve o AVC eu passei a vir todos os dias.” (E1)</p> <p>“[...] não precisava usar a bengala, nem o andador, nem nada. Depois do AVC que ela foi se debilitando mais e mais, e foi gradual a minha frequência aqui. [...]” (E4)</p> <p>“Tive que parar de trabalhar para cuidar dela.” (E6)</p> <p>“Desde quando ela teve AVC eu durmo com ela.” (E7)</p> <p>“...Ajudar ele à recuperar mais rápido né... Então a gente procura meio de fazer o melhor possível. Até um pouco de sacrifício para ajudar né...” (E12)</p> <p>“...minha filha e meu filho que ajuda...” (E14)</p> <p>“...e eu dependo deles também pra ajuda...” (E14)</p> <p>“[...]e tenho meus filhos que ficam, eles fazem uma escala pra não ficar só com a cuidadora[...]” (E18)</p> <p>“[...]é tudo no tempo dela, ela não quer acordar as oito daí tem que esperar, o banho tem que esperar... eu tinha bastante dificuldade porque achava que eu tinha que fazer tudo, estava muito ansiosa, e falava mãe vamos tomar banho, daí ela falava não que eu já tomei[...]” (E18)</p> <p>“[...]ficava muito difícil, porque as pessoas de casa eles não aceitam muito[...]” (E18)</p>
Impacto financeiro	<p>Dificuldades</p> <p>Facilidades</p> <p>Condição financeira</p>	<p>“[...] Tem hora que ela fica brava [...] ela não quer saber se tem se não tem dinheiro [...] ela quer o remédio dela. [...]” (E6)</p> <p>“A gente teve que comprar um carro, a gente não tinha condição e compro [...]” (E7)</p>
Dependência/independência do cuidador relacionado às sequelas do AVC	<p>Independência</p> <p>Dependência</p> <p>Sobrecarga</p> <p>Cuidado diário/contínuo</p> <p>Cuidado extremo</p> <p>Necessidades básicas</p>	<p>“[...] é só olhar porque ela é ótima, se alimenta bem, ela anda, faz pilates. Então é só uma observação [...]” (E1)</p> <p>“[...] no começo que ela não conseguia falar, era difícil [...]” (E2)</p> <p>“[...]eu não deixava ela ficar sozinha [...]” (E3)</p> <p>“[...] é muita coisa [...] tem que fazer tudo por ela [...]” (E6)</p> <p>“Desde quando ela teve AVC eu durmo com</p>

		<p>ela.” (E7)</p> <p>“Ela faz tudo sozinha [...]” (E8)</p> <p>“...a gente cuida ali, toda hora que precisa a gente tá ali. Eu acho que a gente cuida muito em, tem que cuidar, né?!...” (E12)</p> <p>“...Ah, faz tudo certinho né, como tem que ser... a comida na hora Certa, trocar todas as vezes que precisa a gente troca, toda hora vai ver se quer tomar uma água, remédio tudo no horário certinho” (E12)</p> <p>“...Desde que ela teve o primeiro AVC ela passou a ficar comigo, foi em 2016...” (E12)</p> <p>“... Quase o dia inteiro, porque eu moro lá...” (E12)</p> <p>“... ele desce muito pra baixo e tem que fazer força pra colocar ele e eu tenho problema na coluna...” (E14)</p> <p>“...só alimentação dele que agora é 5 vezes por dia, então você tem que dispor seu tempo pra ele né, então é complicado...” (E14)</p> <p>“...foi difícil por causa da sonda, eu não estava habituada, mas agora que tirou eu achei que melhorou, ficou bem mais fácil...” (E14)</p> <p>“[...]eu comecei a cuidar depois do AVC, e depois do segundo mais ainda[...]” (E18)</p>
<p>Suporte religioso</p>	<p>Religião</p> <p>Crenças</p>	<p>“[...] pedindo para Deus guardar [...].” (E3)</p>
<p>Comportamento do paciente no pós-AVC</p>	<p>Comportamentos</p> <p>Sentimentos</p> <p>Personalidade</p> <p>Irritabilidade do paciente em relação as sequelas,</p> <p>Alterações de humor do paciente,</p> <p>Déficit de memória</p>	<p>“[...]ela tem um gênio bom, é fácil de cuidar.” (E4)</p> <p>“[...] Mulherzinha ruim. [...]” (E6)</p> <p>“...irritada, com tudo...” (E11)</p> <p>“Não... é dela, só que ficou pior.” (E11)</p> <p>“[...]fazia vários tipos de sopa e ela falava quero miojo, e com a cuidadora não é assim, ela faz a sopa e já da antes de eu chegar[...]” (E18)</p> <p>“[...]eu não compro mais tanto, coisas que ela gostava muito eu comprava coisas e ela não sabia o que era[...]” (E18)</p> <p>“[...]eu comecei a cuidar depois do AVC, e depois do segundo mais ainda, ela ficou com a memória prejudicada[...]” (E18)</p> <p>“[...]afetou mais a memória...(E18)</p>

Aspectos sentimentais/comportamento do papel do cuidador	Tristeza/	“...eu acho que é a mesma coisa que cuidar de uma criança...” (E10)
	Vivenciar doença do pai/mãe	“...a gente cuida de uma criança, do filho da gente e a gente tem que cuidar dele...” (E10)
	Transferência de papel filha-cuidadora	“...acho tão triste...” (E10)
	Medo	“[...]vai percebendo que a morte mesmo está chegando, preparado a gente nunca tá, mas tem o medo de perdê-la.” (E18)

Fonte: a autora

As unidades de fala sugeriram que o cuidador informal é o principal responsável pelo cuidado diário do paciente em pós-AVC. Em domicílio o paciente e o cuidador informal experimentam a rotina de cuidados conjuntos com a supervisão e orientação de profissionais de saúde destinados a avaliar o paciente e cuidadores informais em domicílio. Não foi evidenciado conteúdo que representasse algum vínculo com a atenção primária de saúde. Porém, o apoio da rede de atenção básica é essencial à formulação do plano de cuidados direcionado às condições de moradia do paciente e família, além de elaborar um planejamento de acordo com as condições financeiras e manter o paciente e cuidador informal informados acerca dos cuidados mínimos.

Foram assim evidenciados os temas a seguir: Papel do cuidador formal ou informal; Comportamento do paciente; Enfrentamento/Suporte familiar; Vivenciando o cuidado do paciente com AVC ou Pós-AVC.

Esses temas demonstram a importância do papel do cuidador, a influência do comportamento do paciente e como são vivenciadas as atitudes do processo de cuidar em saúde enfermagem em domicílio.

5 DISCUSSÃO

5.1 Discussão da revisão integrativa 1: perfil microbiológico e incapacidade física do paciente com acidente vascular cerebral

Contextualizando os achados em relação à primeira pergunta da revisão: as IRAS, principalmente ITU e ITR com ênfase na pneumonia, se relacionam com a incapacidade física do paciente com AVC?

Nos pacientes acometidos por AVC os achados fisiopatológicos indicam que a perturbação dos gânglios basais leva a comprometimento da deglutição e predispõe à pneumonia, estimada em um terço dos pacientes com AVC, uma vez que existe uma diminuição de disparo do reflexo de deglutição (OHRUI, 2005).

A substância P, relacionada aos gânglios da base, diminui e prejudica a função do músculo glossofaríngeos e os nervos sensitivos vagais, além do prejuízo no metabolismo da dopamina, ocasionando diminuição dos reflexos da tosse e de deglutição. Esses mecanismos preservados são fundamentais para evitar aspiração de conteúdos orofaríngeos para o trato respiratório e se não preservados, no paciente acometido por AVC, oferecem um alto risco para aspiração pulmonar (OHRUI, 2005).

O volume, a quantidade e o tipo do material aspirado influenciam no prognóstico do paciente e no tipo de comprometimento pulmonar. A pneumonia causada por aspiração de conteúdo gástrico tem como micro-organismo bactérias patogênicas; já a pneumonia química é considerada “estéril” (OHRUI, 2005).

A aspiração silenciosa, como causa de pneumonia, muito frequente em idosos, é um motivo de internação e que muitas vezes foi adquirida na comunidade. À medida que os indivíduos envelhecem o reflexo de proteção de tosse pode ser alterado e corrobora para a aspiração pulmonar (OHRUI, 2005).

Verifica-se então, que o risco de aspiração em paciente acometido por AVC é grande e frequente, constitui-se um problema de enfermagem no cuidado com a alimentação. É uma nomeação de diagnóstico de enfermagem segunda a NANDA-I (NANDA, 2018) definido como: “vulnerabilidade à entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas, que pode comprometer a saúde”. Os fatores de risco do

diagnóstico são o reflexo de engasgo diminuído, capacidade de deglutição prejudicada e tosse ineficaz.

Os prejuízos de ambos os reflexos, deglutição e tosse, são as maiores razões de pneumonia aspirativa (OHRUI, 2005; MILLER; BEHROUZ, 2016); e a disfagia reconhecida em mais de 60% dos pacientes com AVC (MILLER; BEHROUZ, 2016).

A gravidade do AVC é uma medida preditiva de infecção. Geralmente, é um fator que melhor prediz populações de pacientes que provavelmente sofrerão de complicações infecciosas (MILLER; BEHROUZ, 2016).

A febre está associada à infecção do trato urinário e respiratório segundo autores (PINTO et al., 1998) e que o comprometimento neurológico foi maior em pacientes que apresentaram obstrução ou infarto total de circulação cerebral anterior pelo fato de permanecerem acamado.

O aumento do risco de infecção no pós o AVC ocorre pela incapacidade física e a imunodeficiência endógena além de que a mobilidade do paciente e a ventilação mecânica aumentam o risco de infecção (MILLER; BEHROUZ, 2016).

Um estudo mostrou que 52,2% dos pacientes analisados com o diagnóstico de Trombose Venosa Cerebral (TVC) eram dependentes ou morreram na alta hospitalar, principalmente por conta da presença de déficits neurológicos focais, causados por infarto venoso cerebral cortical focal ou por transformação hemorrágica do infarto venoso cerebral pré-existente (KORATHANAKHUN et al., 2014).

Um estudo (FERRO et al., 2004) foi desenvolvido em 21 países e em 89 centros de tratamento de doenças cerebrovasculares, acompanhou por 16 meses 624 pacientes diagnosticados com trombose vascular cerebral, desde a admissão e alta hospitalar, para os desfechos morte ou dependência física.

A Escala de Rankin foi utilizada na admissão dos pacientes nos respectivos serviços e aplicada prospectivamente durante o seguimento do estudo. Os escores obtidos indicaram resultados preditivos dos desfechos incapacidade física ou morte. Consideram que escores compreendidos entre 0 e 1 demonstraram recuperação completa; 2 indicava recuperação parcial, e maior que 2 morte ou dependência. Escores de 6 foram para desfecho morte, ou seja para 52 (2,2%) da amostra total de 624 pacientes (FERRO et al., 2004).

O tempo de internação, a incapacidade física detectada na admissão e na alta e o destino após a alta do paciente são variáveis que influenciam as complicações de um paciente com AVC. Dependendo do tipo de AVC prolonga-se o tempo de internação, o que pode colaborar com a piora do quadro de incapacidade física (PINTO et al., 1998).

Pacientes que sofreram AVCI e que obtiveram escores da Escala de Rankin menor ou igual a quatro (4) apresentaram incapacidades físicas mais severas, porém os autores desse estudo não citaram quais as incapacidades presentes na amostra estudada (PINTO et al., 1998).

A ocorrência de ITU também foi associada ao AVC, onde as incapacidades geradas pelo AVC previu esse risco de desenvolvimento de ITU, tendo grande influência às idades de 85 e 86 anos e a incontinência urinária (CALJOUW et al., 2011).

Em relação aos achados a partir da segunda pergunta da revisão: Qual é o perfil microbiológico prevalente nos relatos identificados na literatura?

Quanto ao perfil microbiológico identificado nos estudos descritos pelos artigos inclusos na revisão, pacientes que tiveram Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (IRAS) no AVC, identificaram-se, principalmente, os microorganismos: *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacter spp.* (OHRUI, 2005; WESTENDORP et al., 2011; LEE et al., 2015; SU et al., 2015).

Pacientes que apresentam pneumonia aspirativa podem evidenciar radiograficamente como sugestivo de infiltrado broncopulmonar. Os idosos são os mais propensos a isso, pois muitas vezes possuem uma higiene oral inadequada e que, por muitas vezes, existe uma colonização de bactérias na cavidade oral como *Pseudomonas*, *Enterobactérias* e *Stafilococcus aureus*. Que, ao serem aspirados, podem causar pneumonia (OHRUI, 2005).

Em relação aos pacientes com ITU e pneumonia adquirida durante a assistência de saúde, incluem-se agentes patogênicos resistentes aos medicamentos, o que se torna extremamente relevante para os sistemas de saúde. Os patógenos que mais demonstraram significativa relação com resistência a múltiplos fármacos e associação à mortalidade de 30 dias nesses pacientes foram a *Klebsiella pneumoniae* produtora de b-lactamase do espectro estendido (ESBL) e o *Acinetobacter baumannii*. Sendo o MRSA, *Pseudomonas aeruginosa* e *Stafilococcus*

pneumoniae os mais comuns entre esses pacientes com ITU e pneumonia adquirida durante a assistência de saúde, porém não foram identificados como maiores causadores de morte nesse grupo (LEE et al., 2015).

As taxas de pneumonia e ITU em pacientes que tiveram AVC é cerca de 10%. O *Staphylococcus aureus* e bactérias gram negativas, como *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* ou *Enterobacter spp.* foram comumente identificados nos pacientes da metanálise incluída nesse estudo (WESTENDORP et al., 2011).

O *Staphylococcus aureus*, como já foi citado, é uma das principais causas de IRAS, podendo ter impactos substanciais sobre a sobrevivência e o bem-estar do paciente. Sendo o MRSA, ou seja, o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, o principal agente encontrado nas IRAS (SU et al., 2015).

5.2 Discussão da revisão integrativa 2: como se configura o cuidado domiciliar no pós AVC em relação às infecções e ao papel do cuidador

Nossos resultados corroboram com os resultados de outros autores (BOHNET-JOSCHKO et al., 2015, KUO; WANG; CHEN , 2016; AUGET et al., 2016) apontando que os pacientes domiciliados com histórico de AVC podem apresentar complicações infecciosas como, principalmente, a Pneumonia e a Infecção de Trato Urinário (ITU), além de apresentarem risco de queda.

As intervenções de Enfermagem se direcionam, principalmente, à prevenção das infecções que geram reinternações hospitalares que, conseqüentemente, geram custos adicionais desnecessários ao Sistema de Saúde.

Ainda, dentre as intervenções preventivas, ressaltam-se as intervenções educacionais, que buscam levar informações pertinentes do cuidado diário com o paciente em pós-AVC domiciliado, incluindo assim, os cuidadores familiares como objeto principal e centrado no cuidado diário desses pacientes.

Os cuidados mínimos envolvem: banho, medicação, prevenção de infecções e quedas. Para isso, estudos demonstram que vídeos educacionais colaboram no manejo diário do paciente, com o objetivo de orientar os cuidadores familiares e prepará-los para o cuidado permanente do paciente domiciliado.

Nossos dados apontam que as infecções por MRSA são importantes para a saúde comunitária e relatam que os hospitais são os reservatórios principais do

Staphylococcus aureus resistente à metilina. Devido a essa exposição, é recomendado que os cuidadores tivessem conhecimento para identificar as causas infecciosas em domicílio, a fim de prevenir as internações hospitalares, assim diminuindo o risco de contágio e transmissão dessa bactéria.

Portanto, os cuidadores familiares são elementos chave no processo de enfermagem, no que tange ao cuidado direto com o paciente em pós-AVC. Para isso, é necessário programar ações educativas, a fim de incentivá-los e capacitá-los para o cuidado diário.

As internações domiciliares envolvem cuidados direcionados à prevenção de complicações no pós-AVC, como: infecções e quedas. A pneumonia é uma infecção de grande ocorrência em pacientes domiciliados, e envolvem custos de reinternação hospitalar. O objetivo principal do atendimento aos pacientes domiciliados é reduzir os custos e prevenir as internações hospitalares por motivos de complicações, logo devem ser implementadas alternativas de cuidado e orientação aos cuidadores para o manejo dessas complicações em domicílio (BOHNET-JOSCHKO et al., 2015).

Estudo com objetivo de reduzir custos e aumentar o conhecimento dos cuidadores e da equipe de enfermagem, propôs comunicar-se com os pacientes e familiares cuidadores, via aplicativo de smartphone. Buscou padronizar os cuidados domiciliares para facilitar a compreensão e auxiliar, enquanto ferramenta educacional, os cuidadores e enfermeiros atuantes nos cuidados domiciliares de pacientes em pós-AVC. Assim demonstrou-se que a ferramenta tecnológica auxilia no plano de cuidados, no manejo do pacientes em relação aos cuidados mínimos e disponibiliza padrões de cuidados de enfermagem, além de ser uma ferramenta simples e de baixo custo (KUO; WANG; CHEN , 2016).

De acordo com Kamal (2016), foi sugerido um vídeo de cinco minutos para instruir e educar os pacientes em pós-AVC e seus cuidadores familiares. Foi diagnosticado que a população não possui acesso suficiente a serviços de acolhimento à pacientes em pós-AVC e seus cuidadores, portanto esse vídeo foi formulado devido à identificação de >70% da população habilitada de tecnologia móvel, ou seja, *smartphone*. Devido à deficiência de serviços, mas com a tecnologia móvel à disposição foi verificada a possibilidade de transmitir as informações sobre os cuidados primários em enfermagem aos cuidadores e pacientes.

Segundo Auguet et al. (2016), as doenças infecciosas causadas por MRSA constituem um problema de Saúde Pública, em vários países a terminologia definida é Infecção Comunitária por MRSA, ou seja, Infecção associada ao *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina. Este estudo apresenta MRSA isolado em laboratórios microbiológicos de novembro de 2011 a 29 de fevereiro de 2012 localizados em bancos nacionais de dados de Londres, especificamente na região sudoeste.

Foram mapeados 471 casos e associados a aspectos sociais, demográficos e econômicos. Foram associados à estrutura física do domicílio em regiões com baixa renda, acesso ao atendimento hospitalar, às imigrações e à localização geográfica. Evidenciou-se que a infecção é de origem hospitalar, ou seja, o hospital foi identificado como reservatório de MRSA, portanto os autores sugerem que os programas de controle de infecção se concentrem na cadeia de transmissão hospital-comunidade, e também sugerem a vigilância para MRSA nas admissões hospitalares (AUGET et al., 2016).

5.3 O perfil epidemiológico e sóciodemográfico de pacientes e cuidadores e a sobrecarga do cuidado domiciliar

No presente estudo demonstrou-se que a maioria dos cuidadores entrevistados era do sexo feminino. Um estudo demonstra que essa atividade do cuidado é culturalmente vista como uma atividade feminina, e com idade acima de 50 anos (SILVA et al., 2016).

Em relação ao grau de escolaridade, um estudo transversal (TSAI et al., 2018) realizado em Taiwan, concluiu que o baixo nível de escolaridade de cuidadores pode afetar negativamente a vida dos mesmos, o que reflete também na qualidade do cuidado prestado, uma vez que está relacionado com a menor capacidade de entender o processo de cuidar, menor adaptação como cuidador e maiores sobrecargas.

Outro estudo de coorte e transversal (SILVA et al., 2016), realizado com treze cuidadores familiares de pacientes acometidos por AVC mostrou que o baixo nível de escolaridade é um fator muito presente na escolha do cuidador, uma vez que essas pessoas geralmente possuem menor chance de ter algum vínculo com um emprego, o que as torna vulneráveis a assumir o papel de cuidador, uma vez

que esse papel exige tempo e disponibilidade, o que geralmente pessoas que possuem alto nível de escolaridade e atuam em cargos altos não dispõem.

Os dados do presente estudo corroboram com a literatura, obtivemos uma sobrecarga caracterizada como baixa, porém alguns aspectos foram levantados em relação ao lazer e necessidades de sociabilização, além do aspecto econômico, em que alguns cuidadores demonstraram queixas quanto ao suprimento inadequado de necessidades primárias. Costa et al. (2020) verificaram uma média geral de sobrecarga baixa no estudo.

Dentre as ações de enfermagem direcionadas ao paciente com AVC, destacam-se reabilitação da função motora, avaliação das funções fisiológicas e prevenção de complicações, cuidado emocional, cuidado relacionado às atividades diárias, cuidados relacionados à incontinência vesical e ao cateterismo urinário, prevenção de úlceras, cuidado oral, posicionamento correto na cama e prevenção de quedas (CAVALCANTE et al., 2011).

Destacam-se como apoio às atividades rotineiras direcionadas aos pacientes com AVC, os grupos da atenção primária à saúde, ferramentas que ampliam a compreensão do usuário em relação aos problemas advindos do processo de cuidar no domicílio e corroboram para o fortalecimento da mudança de hábitos de vida que antes constituíam risco à saúde (NOGUEIRA, 2016).

Na reabilitação do pós-AVC é muito importante que enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde estejam preparados para identificar os problemas relacionados às sequelas (ANDERLE; ROCHENBACK; GOULART, 2019), assim como também implementar ações de reconhecimento e atividades orientadas ao cuidador familiar.

Segundo Tyagi et al. (2018) os cuidadores devem ser vistos como parte do sistema social de suporte aos pacientes em pós-AVC, pois o seu papel associa-se a baixa frequência de re-hospitalização do paciente e dos custos com o tratamento.

Em um estudo transversal em unidade de atenção primária no Sul do Brasil, evidenciou-se o perfil de idosos e seus respectivos cuidadores acometidos por sobrecarga no cuidado diário. A comorbidade mais frequente foi a HAS e os cuidadores em sua maioria eram do sexo feminino, classificadas como filhas dos idosos e 38,7% relatou sentir-se sobrecarregado. Essa sobrecarga relatada foi associada com a atividade de auxílio diário como o banho ($p=0.021$). Logo, as

variáveis: sexo do cuidador e sintomas depressivos dos idosos e auxílio em atividades diárias do cuidado corroboram para sobrecarga do cuidador (AIRES et al, 2017).

Um estudo comparativo de sobrecarga de cuidadores formais e informais também revela dados semelhantes, como maioria do sexo feminino e estes foram classificadas como cuidadores formais e com sobrecarga leve, como “pouco sobrecarregado”. Os informais também representados por maioria mulheres, representados pela figura familiar de filhos, e demonstraram uma sobrecarga leve e algum desconforto emocional. Concluiu-se que os cuidadores informais possuem maiores sobrecargas na atividade de cuidado e sugerem que os profissionais de saúde, como os gerontólogos proponham intervenções na esfera de saúde e cuidados destinados a esse tipo de cuidador e, portanto devem ser propostas atividades com esse público com objetivo de planejar uma assistência individualizada, destinadas às tarefas de diminuição do desconforto, promoção da saúde e prevenção da sobrecarga (DINIZ et al., 2018).

Evidenciou-se em um estudo transversal com amostra de 60 idosos e seus respectivos cuidadores que a maioria dos cuidadores informais é: sexo feminino (75%), casados (58,3%) e tinham o papel familiar de filhos (45%). Foi correlacionado o nível de sobrecarga dos cuidadores com o nível de fragilidade dos idosos entrevistados, ou seja, quanto maior a fragilidade, conseqüentemente há um maior nível de fragilidade e assim culminando numa maior sobrecarga aos cuidadores familiares (STACKFLETH et al., 2012).

Em estudo analítico e transversal realizado no município de Teresina (PI), identificou-se a análise de sintomas de depressão e ansiedade de cuidadores informais de idosos em domicílio e que tinham alguma dependência em cuidados diários. Constatou-se que 18,4% dos cuidadores apresentaram sintomas de depressão e 14% de ansiedade moderada a severa. Os dados coletados e analisados permitem compreender a demanda de cuidados dos idosos e seus respectivos cuidadores familiares. Para avaliação foram utilizadas as seguintes escalas: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (FELIPE et al., 2020).

Logo, os cuidadores necessitam também de cuidados, visto que a sobrecarga pode gerar um aumento na carga emocional, apesar de que os escores

obtidos não apresentaram associação estatística com o perfil epidemiológico do paciente, com o uso de dispositivos invasivos e com as demais variáveis.

Ressalta-se que os pacientes e cuidadores que estão em atendimento em domicílio, necessitam de apoio emocional e psicológico. É importante destacar que no presente estudo não foram encontrados pacientes que estavam em serviço de home care e destaca-se a dificuldade em solicitar esse tipo de serviço em sistemas privados de saúde.

5.4 Compreensões da experiência dos cuidadores de pacientes em pós-AVC

Buscou-se compreender a experiência dos cuidadores, a partir da questão norteadora: “Como é sua experiência em cuidar de um paciente que sofreu um AVC?”

Foram inferidos temas, a partir da categorização das unidades de significado sob o referencial da Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016), a seguir: Papel do cuidador; Comportamento do paciente; Enfrentamento/Suporte familiar; Vivenciando o cuidado do paciente com AVC.

Verificou-se que os fenômenos estão relacionados: ao impacto no cuidado domiciliar, as atitudes e comportamentos do cuidador e do paciente frente ao AVC relacionado às condições socioeconômicas, ao grau de dependência e a personalidade do paciente.

Em relação ao impacto, o AVC é um acontecimento rápido e inesperado, que gera impactos na vida das pessoas. Dentre esses impactos, citam-se as incapacidades que afetam principalmente a mobilidade física de pessoas que sobrevivem ao AVC. Conseqüentemente, esse evento causa mudanças no cotidiano, que acabam afetando a identidade, os relacionamentos e a organização da vida em si. Ou seja, é afetada a parte física, social e cultural da pessoa (MISAWA et al., 2018a).

A impossibilidade ou as dificuldades em realizar as atividades diárias da vida geram muitas vezes, além de grande frustração e declínio do bem-estar, a necessidade de se ter um cuidador presente que auxilie diariamente. Nesse sentido, foi possível através desse trabalho observar os sentimentos que envolvem o cuidador de pessoas no pós-AVC, que misturam muitas vezes a felicidade ao ver a pessoa viva e as dificuldades que encontram durante todo o cuidado.

Os cuidadores relataram que há um grande impacto da personalidade dos pacientes durante o cuidado, o que pode tanto facilitar quanto dificultar o seu trabalho e conseqüentemente pode refletir na presença ou ausência de estresse. Apesar disso, os cuidadores apontaram que mesmo com pacientes que possuíam personalidade difícil de lidar, os mesmos não sentiam raiva em executar o papel de cuidar.

Em contrapartida, um estudo transversal realizado no município de João Pessoa (PB) apontou que as características individuais dos cuidadores também podem refletir negativamente no cuidado, não se levando em consideração apenas a personalidade daqueles que são cuidados (COSTA et al., 2015).

Alguns cuidadores fizeram comparações com experiências anteriores de cuidado prestado a outras pessoas acometidas por AVC ou por outras doenças, os quais referiram que, por conta disso, estavam mais preparados para cuidar de outras pessoas, característica pela qual foi evidenciada em outro estudo (OLIVIER; PHILLIPS; ROY, 2018).

Além disso, a maioria dos cuidadores citou, assim como em outros estudos, que prestar o cuidado foi algo natural, levando em consideração a relação preexistente entre essas pessoas, fazendo do cuidado um gesto de gratidão e de amor, não algo negativo (OLIVIER; PHILLIPS; ROY, 2018).

Mesmo para as pessoas que não apresentaram graves sequelas geradas pelo AVC, os cuidadores demonstraram grande preocupação em deixá-las independente de cuidados. De um modo geral, foi possível evidenciar isso por meio de preocupações dos cuidadores, que relataram como justificativa o acontecimento do AVC e a idade dos pacientes.

Entretanto, tais preocupações podem aumentar a sobrecarga do cuidador, prejudicar a autonomia, a autoestima e confiança dos pacientes (BONELLI et al, 2014; MISAWA et al., 2018b). É necessário, assim, que o cuidador incentive a melhora do quadro de dependência, proporcionando a participação do acometido pelo AVC em seu processo de reabilitação, mesmo que nas tarefas simples, diminuindo seu desgaste e o tempo gasto no processo de cuidar.

Percebe-se nos relatos dos cuidadores familiares que o cuidado emocional consegue mesmo é importante na rotina diária e, devem ser avaliadas e orientadas por um profissional que esteja capacitado para atender as necessidades dos familiares, no que tange ao aspecto da educação em saúde.

Compreende-se que o nível de escolaridade dos cuidadores pode refletir na tomada de decisão durante o cuidado prestado, o que pode ou não ser benéfico ao paciente.

Apesar disso, um aspecto importante identificado foi que os entrevistados apresentaram nível de escolaridade médio e superior completo, porém não nos permitiu considerar que o nível de escolaridade foi apontado como um fator de limitação do processo de cuidar no domicílio de acordo com a experiência relatada.

Questões financeiras também foram levantadas durante as entrevistas. Apesar de alguns cuidadores apresentarem estabilidade financeira para realizar os cuidados necessários, muitos citaram principalmente dificuldades em suprir a demanda de medicamentos e o transporte desses pacientes para os serviços de saúde.

Além disso, um estudo (COSTA et al., 2015) mostrou que cuidadores que possuíam menor renda, apresentaram maiores fragilidades na saúde mental verificando, dessa forma, uma correlação da qualidade de vida relacionada à saúde com as características sociodemográficas e a sobrecarga dos cuidadores.

Os cuidadores, durante as entrevistas, apresentaram diferentes níveis de sobrecarga, evidenciados por: capacidade de lidar com o cuidado; personalidade do paciente e as angústias geradas nesse processo.

Os resultados de uma pesquisa (ARAÚJO et al., 2016) observacional realizada em 2016 evidenciaram que a sobrecarga dos cuidadores não está relacionada exclusivamente às incapacidades físicas apresentadas pelos acometidos do AVC, mas principalmente à tensão geral que é ocasionada por distúrbios emocionais desse paciente. Neste estudo evidenciou-se esse fenômeno no conteúdo e durante as entrevistas.

É essencial, dessa forma, fortalecer o apoio dos familiares aos cuidadores, independentemente de pertencerem ou não à família, o que contribui como estratégia eficiente para a diminuição da sobrecarga do cuidador no processo de cuidar (AKOSILE et al., 2018).

Em relação à atitude e comportamento do paciente e do cuidador frente ao AVC: os conhecimentos prévios acerca dos sinais e sintomas do AVC foram muito citados durante as entrevistas e mostraram-se extremamente impactantes na sobrevivência desses pacientes, uma vez que acarretou em uma rápida tomada de

decisão em busca de cuidados avançados de profissionais para solucionar os casos durante o acometimento do AVC.

Um estudo (PINDUS et al., 2018) de revisão sistemática e meta-etnografia ressaltou que possuir informações sobre o AVC como, por exemplo, causas, efeitos e tratamento, caracteriza um grande benefício, além de prepará-los sobre o risco de um novo episódio de AVC. Além disso, nesse mesmo estudo, é citada a importância de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, os sobreviventes do AVC e cuidadores. Uma linguagem adequada é necessária para a compreensão e assimilação dos conteúdos por todos, para não ocasionar desentendimentos e, conseqüentemente, frustrações futuras.

Como citado anteriormente, a idade média dos cuidadores desse estudo foi de 49,75 anos. Alguns estudos apontam que quanto menor for a idade do cuidador, maior é o impacto negativo na qualidade de vida dos mesmos, uma vez que, muitas vezes, eles deixam a vida social e profissional serem afetadas por conta do papel que exercem como cuidadores. Além disso, o mesmo estudo mostrou que há relação entre menor idade do cuidador com estados depressivos (COSTA et al., 2015).

O sentimento de marginalização é muito comum entre cuidadores e sobreviventes de AVC, podendo ser citadas sensações de frustração, insatisfação e até mesmo incertezas em relação ao cuidado. Os autores evidenciaram a necessidade de ampliar o conhecimento dos mesmos acerca do tema e aperfeiçoar o acompanhamento nos serviços de saúde especializados (PINDUS et al., 2018).

Dessa forma, se faz extremamente importante: preparar o cuidador para que consiga solucionar os conflitos e o medo envolvido no cuidado de forma adequada; promover a qualidade de vida tanto para ele quanto para quem sofreu o AVC (MISAWA et al., 2018a).

Devem ser promovidas estratégias que ampliem a autonomia e a independência do cuidador, a partir de orientações domiciliares e apoio psicológico e social, de forma individualizada, a fim de se obter melhores resultados no cuidado ao paciente que sofreu AVC.

As contribuições do presente estudo podem corroborar em aspectos como: desenvolver alternativas para melhorar o cuidado domiciliar; proporcionar condições de apoio psicossocial no enfrentamento desse processo de cuidar; compreender a vida diária e os afazeres domésticos dos familiares e pacientes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideram-se evidências científicas identificadas a partir das perguntas norteadoras da revisão um, que as IRAS e incapacidades físicas do paciente com AVC.

Quanto à incapacidade física que os pacientes com AVC apresentam após a alta hospitalar destacam-se as evidências:

- dependendo do tipo de AVC, prolonga-se o tempo de internação, o que pode piorar o quadro de incapacidade física;
- pacientes acometidos por AVCI, com Escores da Escala de Rankin menor ou igual a quatro, apresentaram incapacidades físicas mais severas;
- o risco de infecção aumenta no pós o AVC, de acordo com o grau da incapacidade física e da imunodeficiência endógena, associados à mobilidade prejudicada do paciente e à ventilação mecânica;
- os prejuízos dos reflexos de deglutição e tosse, são as maiores razões de pneumonia aspirativa e a disfagia está presente em mais de 60% dos pacientes com AVC;
- a incontinência urinária foi frequentemente identificada em pacientes acometidos por AVC em octagenários.

Quanto ao aspecto microbiológico das IRAS:

- os microorganismos que se relacionam com a piora do desfecho funcional do paciente com AVC são: *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacter spp* envolvidos em casos de pneumonia e broncoaspiração pulmonar;
- os microorganismos *Klebsiella pneumoniae* produtiva com b-lactamase do espectro estendido (ESBL) e o *Acinetobacter baumannii* são patógenos que mais demonstraram significativa relação com resistência a múltiplos fármacos e associação à mortalidade em 30 dias nos pacientes acometidos por AVC;
- o MRSA, *Pseudomonas aeruginosa* e *Stafilococcus pneumoniae* são os mais comuns causadores de ITU e pneumonia adquirida durante internação, embora não foram os maiores causadores de morte;
- o *Staphylococcus aureus* e bactérias gram negativas, como *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* ou *Enterobacter spp* foram

comumente identificados em 10% dos pacientes com AVC e que apresentaram ITU e pneumonia.

Na revisão dois, a pergunta norteadora “Como se configura o cuidado domiciliar no pós-AVC em relação às infecções e ao papel do cuidador” identificou que os artigos inclusos abordam as infecções relacionadas à hospitalização dos pacientes no pós-AVC e não demonstram as infecções em domicílio.

O tema de revisão apresenta uma lacuna na literatura e indica a relevância da investigação, confirmado pelo quantitativo de artigos identificados e disponíveis nas bases de dados pesquisadas. Evidenciam-se possibilidades de futuras pesquisas e contribuição para a atuação profissional do enfermeiro no contexto domiciliar no pós-AVC.

Os estudos apresentados nesta revisão sugerem que os cuidados diários com pacientes em pós-AVC domiciliados, sejam efetuados pelos cuidadores familiares, e, que esses cuidadores tenham informações suficientes para manejar a rotina de cuidados mínimos e identificar sinais de infecção, com vistas na prevenção da ocorrência, principalmente, de pneumonia e ITU.

Os autores também sugerem que ações educativas sejam implementadas, foi apresentado um modelo virtual de orientações básicas, através de vídeo e aplicativos móveis para smartphone, que buscam orientar esses cuidadores no manejo do cuidado.

Salientam que às ações preventivas de risco de infecção e quedas devem ser feitas em parceria com a equipe de enfermagem, assim a enfermagem deve cumprir seu papel educativo no pós-alta hospitalar, com objetivo de capacitar os cuidadores nas atividades do cuidado diárias.

Sugerem também que custos adicionais, como o risco de reinternações por infecções ou quedas, devem ser evitados, pois sobrecarregam o Sistema de Saúde. Além de aumentar o risco de exposição à patógenos multirresistentes.

Evidenciou-se o *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) como principal agente causador de infecções domiciliares no pós-AVC e foi classificado como Infecção Comunitária, além de demonstrar que o ambiente hospitalar é seu principal reservatório.

Os achados científicos da revisão dois dão suporte teórico para a discussão dos resultados dessa pesquisa, pois demonstram o risco de complicações no pós-AVC em domicílio e salientam a importância de atividades de educação em

saúde no preparo do cuidador familiar, com objetivo de prepará-lo no pós-alta, para realizar os cuidados mínimos baseados em ações preventivas. Além de demonstrar a importância da capacitação dos cuidadores familiares, considera a avaliação da sobrecarga do cuidado diário, evidenciada através da experiência do cuidar e da aplicação da Escala de Burden.

Em relação aos achados científicos da análise qualitativa dos dados oriundos das unidades de fala dos cuidadores de pacientes em pós-AVC sugerem que: é necessário informar os cuidadores acerca dos sinais e sintomas do AVC para promover uma rápida assistência de saúde visando a diminuição de sequelas e conseqüentemente a diminuição da sobrecarga no cuidado diário desses pacientes, a fim de facilitar os mecanismos do autocuidado.

Evidencia-se nas unidades de fala e na análise dos dados dos entrevistados que: é primordial conhecer a dinâmica familiar e desenvolver intervenções que facilitem o engajamento familiar para proporcionar ações de autocuidado aos pacientes em pós-AVC. Além de considerar os sentimentos e percepções de angústia, medo, e sobrecarga no cuidado diário, que se classificam como variáveis intervenientes no processo de cuidar em saúde e enfermagem, pois possibilita ao profissional de saúde elaborar um plano individualizado de cuidado em domicílio.

O enfrentamento da doença também foi decodificado através da análise das unidades de fala, que sugerem: aos profissionais de saúde e enfermagem perceberem que os familiares cuidadores também necessitam de cuidados para além dos pacientes domiciliados. Logo, o conjunto familiar que reside no mesmo domicílio necessita de um planejamento de cuidados que abranja tanto as necessidades primárias de cuidado quanto as necessidades psicológicas que se referem aos sentimentos e sinais de sobrecarga evidenciados através da análise das unidades de fala.

Evidenciou-se que os pacientes e cuidadores do presente estudo possuem necessidades pessoais e individuais no processo de cuidar, logo é de suma importância que a equipe de saúde perceba a dinâmica familiar como pressuposto para a continuidade do cuidado em domicílio.

REFERÊNCIAS

AIRES, M. et al. Associação entre responsabilidade filial no cuidado aos pais e sobrecarga dos cuidadores. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 767-74, 2017. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0133.

AKOSILE, C. O. et al. Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. **Health Qual Life Outcomes**, London, v. 16, n. 1, p. 57, 2018. doi: 10.1186/s12955-018-0885-z.

ANDERLE, P.; ROCHENBACK, S. P.; GOULART, B. N. G. Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas fonoaudiológicos por médicos e enfermeiros na atenção primária à saúde. **CODAS**, v. 3, n. 2, e20180015, 2019. doi: 10.1590/2317-1782/20182018015.

ANDERSEN, K. K.; OLSEN, T. S. The obesity paradox in stroke: lower mortality and lower risk of readmission for recurrent stroke in obese stroke patients. **International Journal of Stroke**, v. 10, n. 1, p. 99-104, 2015. doi:10.1111/ij.s.12016.

ARAÚJO, J. B. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares e independência funcional de pacientes pós-acidente vascular encefálico. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 107-13, 2016.

AUGUET, O. T. et al. Evidence for community transmission of community-associated but not health-care-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strains linked to social and material deprivation: spatial analysis of cross-sectional data. **Plos Med.**, San Francisco, v. 13, n. 1, e1001944, 2016. doi: 10.1371/journal.pmed.1001944.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELLATO, R. et al. Experiência familiar de cuidado na situação crônica. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 50, n. esp, p. 81-88, 2016. doi: 10.1590/S0080-623420160000300012.

BENSENOR, I. M. et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 73, n. 9, p. 746-50, 2015. doi: 10.1590/0004-282X20150115

BOHNET-JOSCHKO, S.; ZIPPEL, C.; SIEBERT, H. Prevention of medical device-related adverse events in hospitals: specifying the recommendations of the German Coalition for Patient Safety (APS) for users and operators of anaesthesia equipment. **Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes**, Amsterdam, v. 109, n. 9-10, p. 725-35, 2015. doi: 10.1016/j.zefq.2015.06.001.

BONELLI, M. A. et al. Acidente vascular cerebral: importância do conhecimento para cuidadores após a alta hospitalar. **CuidArte enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 16-23, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AVC: governo alerta para principal causa de mortes**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7920/893/avc:-governo-alertapara-principal-caoa-de-mortes.html>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças crônicas: MS investe em ações para aumentar expectativa de vida**. Portal da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/11665/893/ms-investe-em-aco-es-para-aumentar-expectativa-de-vida.html>>. Acesso em: 25 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos Brasil - 2010 (IDB-2010)**. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm>>. Acesso em: 4 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CABRAL, N. L. **Avaliação da incidência, mortalidade e letalidade por doenças cerebrovasculares em Joinville, Brasil: comparação entre o ano de 1995 e o período de 2005-6 (Projeto JOINVASC)**. 2008. 91f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CABRAL, N. L. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. **ComCiência**, Campinas, n. 109, 2009.

CALJOUW, M. A. A. et al. Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. A population-based prospective follow-up study. **BMC Medicine**, London, v. 9, p. 57, 2011. doi: 10.1186/1741-7015-9-57.

CAMPOS, L. M. et al. How many patients become functionally dependent after a stroke? A 3-year population-based study in Joinville, Brazil. **PLoS One**, v. 12, n. 1:e0170204, 2017. doi: 10.1371/journal.pone.0170204

CANCELA, D. M. G. **O acidente vascular cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação.** 2008. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2021.

CARNAÚBA, C. M. D. et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 352-62, 2017. doi: 10.1590/1981-22562017020.160163.

CAVALCANTE, T. F. et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1495-1500, 2011. doi: 10.1590/S0080-62342011000600031.

COSTA, F. A.; LIMA JUNIOR, F. A. V.; SILVA W. H. S. O impacto do acidente vascular cerebral no cotidiano de cuidadores familiares. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, v. 17, n. 2, p. 251-64, 2012.

COSTA, T. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 245-52, 2015. doi: 10.1590/S0080-623420150000200009.

COSTA, T. F. et al. Sobrecarga de cuidadores de pessoas com sequela de acidente vascular encefálico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 6, e20180868, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0868>.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: O Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados? **Revista Gestão Organizacional**, v. 6, n. 3, p. 161-174, 2013.

DEMORO, C. C. S. et al . Applicability of Orem: training of caregiver of infant with Robin Sequence. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1469-1473, 2018. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0562.

DINIZ, M. A. A. et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3789-98, 2018. doi: 10.1590/1413-812320182311.16932016.

FELIPE, S. G. B. et al. Ansiedade e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo analítico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 1, e20190851, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001300188&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jan. 2021. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0851.

FERRO, J. M. et al. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). **Stroke**, Dallas, v. 35, n. 3, p. 664-70, 2004. doi: 10.1161/01.STR.0000117571.76197.26.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 355 p.

GILES, M. F.; ROTHWELL, P. M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**, Basel (Switzerland), v. 30, n. 4, p. 205-6, 2008. doi: 10.1159/000126913.

GO, A. S. et al. Heart disease and stroke statistics - 2014 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v.129, n.3, e28-e292, 2014. doi: 10.1161/01.cir.0000441139.02102.80.

ISHIDA, T. et al. Clinical characteristics of pneumonia in bedridden patients receiving home care: a 3-year prospective observational study. **J Infect Chemother**, v. 21, n. 8, p. 587-91, 2015. doi: 10.1016/j.jiac.2015.04.013.

KAMAL, A. K. et al. Translating knowledge for action against stroke – using 5-minute videos for stroke survivors and caregivers to improve post-stroke outcomes: study protocol for a randomized controlled trial (Movies4Stroke). **Trials**, v. 17, n. 52, 2016. doi: 10.1186/s13063-016-1175-x.

KORATHANAKHUN, P. et al. Predictors of hospital outcome in patients with cerebral venous thrombosis. **J Stroke Cerebrovasc Dis.**, New York, v. 23. n. 10, p. 2725-9, 2014. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.06.020.

KUO, M. H.; WANG, S. L.; CHEN, W. T. Using information and mobile technology improved elderly home care services. *Health Policy and Technology*, v. 5, n. 2, p. 131-42, 2016. doi: 10.1016/j.hlpt.2016.02.004.

LEE, M. K. et al. Clinical and microbiological features of patients admitted to the intensive care unit with nursing and healthcare-associated pneumonia. **J Int Med Res.**, Northampton, v. 43, n. 2, p. 236-49, 2015. doi: 10.1177/0300060514551188.

LIAO, C. C. et al. Impact of diabetes on stroke risk and outcomes: two nationwide retrospective cohort studies. **Medicine**, Baltimore, v. 94, n. 52, p. 1-8, 2015. doi: 10.1097/MD.0000000000002282.

LIMA, C. P. N. C.; COSTA, M. M. L.; SOARES, J. G. The epidemiological profile of patients with cerebral vascular accident. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 857-863, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5577/4797>>. Acesso em: 17 jan. 2021. doi: 10.5205/reuol.581-3802-1-RV.0304200909.

LUTZ, B. J. et al. Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home. **Gerontologist**. v. 57, n. 5, p. 880-9, 2017. doi: 10.1093/geront/gnw135.

MACHADO, D. O. et al. Demands regarding home-care service: a descriptive study. **On-line braz j Nurs.**, Niterói, v. 13, n. 3, p.353-61, 2014.

MAGAGNIN, A. B.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Empowerment do familiar cuidador frente ao acidente vascular cerebral no ambiente hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 4, e20190165, 2020. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0165.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 559-65, 2010. doi: 10.1590/S0034-89102010000300021.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice**

in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

MILLER, C. M.; BEHROUZ, R. Impact of infection on stroke morbidity and outcomes. **Curr Neurol Neurosci Rep.**, Philadelphia, v. 16, n. 9, p. 83, 2016. doi: 10.1007/s11910-016-0679-9.

MISAWA, F. et al. Care for the family member after a stroke. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 3, p. 599-606, 2018a. doi: 10.5205/1981-8963-v12i3a24138p599-606-2018

MISAWA, F. et al. Necessidades dos cuidadores de pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico após a alta hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018b. doi: 10.5216/ree.v20.47502

MODY, L. et al. Enhancing resident safety by preventing healthcare-associated infection: a national initiative to reduce catheter-associated urinary tract infections in nursing homes. **Clinical Infectious Diseases**, v. 61, n. 1, p. 86-94, 2015. DOI: 10.1093/cid/civ236

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020.** 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NOGUEIRA, A. L. G. et al. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 69, n. 5, p. 907-14, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0964.pdf>. Acesso em: 26 mar 2020. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0102.

OHRUI, T. Preventive strategies for aspiration pneumonia in elderly disabled persons. **Tohoku J Exp Med.**, Sendai, v. 207, n. 1, p. 3-12, 2005. doi: 10.1620/tjem.207.3.

OLAI, L.; BORGQUIST, L.; SVÄRDSUDD, K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. **Ups J Med Sci.**, v. 120, n. 4, p. 290-8, 2015. doi: 10.3109/03009734.2015.1049388.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Escalas para avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 839-43, 2012. doi: 10.1590/S0034-71672012000500018.

OLIVEIRA, R. M. C.; ANDRADE, L. A. F. Acidente vascular cerebral. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 280-290, 2001.

OLIVIER, C. L.; PHILLIPS, J.; ROY, D. E. To be or not to be? A caregiver's question: the lived experience of a stroke family during the first 18 months poststroke. **Scand J Caring Sci.**, Stockholm, v.32, n. 1, p. 270-9, 2018. doi: 10.1111/scs.12458.

ÖSTLUND, U. et al. A family systems nursing approach for families following a stroke: family health conversations. **J Fam Nurs.**, v. 22, n. 2, p. 148-71, 2016. doi: 10.1177/1074840716642790.

PINDUS, D. M. et al. Stroke survivors 'and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services - A systematic review and meta-ethnography. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 13, n. 4, e0196185, 2018. doi: 10.1371/journal.pone.0196185.

PINTO, A. N. et al. Can a clinical classification of stroke predict complications and treatments during hospitalization? **Cerebrovas Dis.**, Basel, v. 8, p. 204-9, 1998. doi: 10.1159/000015852

PITTHAYAPONG, S. et al. A community based program for family caregivers for post stroke survivors in Thailand. **Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)**, v. 11, n. 2, p 150-7, 2017. doi: 10.1016/j.anr.2017.05.009.

QUEIROS, P. J. P.; VIDINHA, T. S. S.; ALMEIDA FILHO, A. J. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 3, p. 157-64, 2014. doi: 10.12707/RIV14081.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.109-112, 1998. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44358>.

SÁ, F. M.; FONTES, C. M. B.; MONDELLI, A. L. Perfil das infecções em pacientes hospitalizados com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 1, p. 333-40, 2016.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. doi: 10.1590/S0104-11692007000300023.

SANTOS, L. B.; WATERS, C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 2749- 75, 2020. doi: 10.34117/bjdv6n1-198.

SANTOS, N. O. et al. Construção e validação de protocolo assistencial de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 3, e20180894, 2020.

SANTOS, B. P. et al. The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 2, p. 566-70, 2019.

SILVA, J. K. et al. Perfil de cuidadores familiares de idosos após o acidente vascular cerebral. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 10, p. 3727-33, 2016.

SMITH JUNIOR, S. C. et al. Our time: a call to save preventable death from cardiovascular disease (heart disease and stroke). **J Am Coll Cardiol.**, New York, v. 60, n. 22, p. 2343-8, 2012. doi: 10.1016/j.jacc.2012.08.962.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. D. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. doi: 10.1590/S1679-45082010RW1134.

STACKFLETH, R. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 768-74, 2012. doi: 10.1590/S0103-21002012000500019.

SU, C. H. et al. Excess mortality and long-term disability from healthcare-associated staphylococcus aureus infections: a population-based matched cohort study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 8, n. 8, e71055, 2013.

TOAZZA, R. **Avaliação neurocognitiva em pacientes pós AVC**: uma revisão sistemática da literatura. 2010. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Neuropsicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, 2007, p. 349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.

TSAI, Y. H. et al. Mediating effects of burden on quality of life for caregivers of first-time stroke patients discharged from the hospital within one year. **BMC Neurol.**, London, v. 18, n. 1, p. 50, 2018. doi: 10.1186/s12883-018-1057-9.

TYAGI, S. et al. Healthcare utilization and cost trajectories post-stroke: role of caregiver and stroke factors. **BMC Health Serv Res.**, London, v. 18, n. 1, p. 881, 2018. doi: 10.1186/s12913-018-3696-3.

VALER, D. B. et al. Adaptação e validação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 130-8, 2015. doi: 10.1590/0104-1169.3357.2534.

WESTENDORP, W. F. et al. Post-stroke infection: a systematic review and meta-analysis. **BMC Neurol.**, London, v. 11, p. 110, 2011. doi: 10.1186/1471-2377-11-110.

ANEXOS

ANEXO A

Parecer consubstanciado do Comitê de Ética

	UNESP-FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU													
PARECER-CONSUBSTANCIADO-DO-CEP														
DADOS-DO-PROJETO-DE-PESQUISA														
Título-da-Pesquisa: Colonização bacteriana e infecções em pacientes domiciliados com AVC: um estudo multimétodo														
Pesquisador: Flávia Mendes de Sá														
Área-Temática:														
Versão: 1														
CAAE: 88173218.4.0000.5411														
Instituição-Proponente: Departamento de Enfermagem														
Patrocinador-Principal: Financiamento Próprio														
DADOS-DO-PARECER														
Número-do-Parecer: 2.647.706														
Apresentação-do-Projeto:														
O trabalho "Colonização bacteriana e infecções em pacientes domiciliados com AVC: um estudo multimétodo" tem proposta interessante, porém metodologia não é tão clarificadora. Estudo multimétodo, transversal com abordagem quantitativa e qualitativa. Será feita uma identificação do estado da arte do tema através de uma revisão integrativa da literatura; análises fenotípicas, genotípicas e avaliação da sensibilidade aos antimicrobianos dos microorganismos gram negativos MDR e S. aureus resistente à metilicina/oxacilina. Em relação às análises qualitativas, será feita visita domiciliar com aplicação da escala de Burden (sobrecarga do cuidador familiar) e, será utilizado um questionário semiestruturado para realização das entrevistas com o cuidador familiar e, os dados serão analisados segundo o referencial de Bardin.														
Constitui-se em projeto de doutorado junto ao departamento enfermagem e o Instituto de Biociências.														
Objetivo-da-Pesquisa:														
Tem como objetivo organizar, através da revisão da literatura, análises sobre os métodos e resultados das publicações existentes em bibliotecas virtuais em saúde sobre o tema cuidadas domiciliares no pós-avc, colonização por MRSA e infecções respiratórias, principalmente pneumonia e infecções urinárias. Traçar o perfil sócio-demográfico e econômico dos cuidadores familiares e pacientes domiciliados na região de Botucatu, assim como das infecções do trato														
Quebra de seção (próxima página)														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Nome: Flávia Mendes de Sá</td> <td colspan="2">CEP: 13.615-310</td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: BOTUCATU</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Telefone: 14(388)-16106</td> <td colspan="3">E-mail: cep@fmb.unesp.br</td> </tr> </table>			Nome: Flávia Mendes de Sá		CEP: 13.615-310		UF: SP	Município: BOTUCATU			Telefone: 14(388)-16106	E-mail: cep@fmb.unesp.br		
Nome: Flávia Mendes de Sá		CEP: 13.615-310												
UF: SP	Município: BOTUCATU													
Telefone: 14(388)-16106	E-mail: cep@fmb.unesp.br													

 Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde Humana Ética 20 anos Regulado no CEP nº 00001/1997	UNESP-FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU	 Plataforma Brasil		
Continuação do Parecer: 2.647.109				
urinário e pulmonares pós-AVC, entre outros.				
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos mínimos relacionados a coleta do swab nasal e benefícios com melhor entendimento das infecções domiciliares pós-AVC.				
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Pesquisa interessante, porém pouco clara e com metodologia confusa.				
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os termos foram postados.				
Recomendações: Não há.				
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O projeto de pesquisa encontra-se APROVADO.				
Considerações Finais a critério do CEP: Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 07 de maio de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.				
No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.				
Atenciosamente,				
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP				
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:				
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 820140.pdf	20/03/2018 12:31:34	-	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tcle incapaczes.doc	20/03/2018 12:31:06	Flavia Mendes de Sá	Aceito
Quebra de seção (próxima página)				
Rua: Rua...				
Bairro: Rubião Junior				
CEP: 13030-900				
UF: SP				
Município: BOTUCATU				
Telefone: 14(388)-1810				
E-mail: cep@fmb.unesp.br				

		UNESP-FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU			
Continuação do Parecer: 2.847.706					
Justificativa de Ausência	icle incapazes.docx	20/03/2016 12:31:08	Flavia Mendes de Sá	Aceito	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	icle maior.docx	20/03/2016 11:48:43	Flavia Mendes de Sá	Aceito	
Folha de Rosto	Mat_Brasil.pdf	20/03/2016 11:43:52	Flavia Mendes de Sá	Aceito	
Outros	anuencia_instituicao.pdf	12/12/2016 13:09:30	Flavia Mendes de Sá	Aceito	
Outros	declaracao_coparticipante.pdf	08/11/2016 16:44:25	Flavia Mendes de Sá	Aceito	
Projeto Detalhado / Brochura Investigadora	projeto_Plataforma_Brasil.pdf	03/11/2016 10:32:40	Flavia Mendes de Sá	Aceito	
Situação do Parecer: Aprovado					
Necessita Apreciação da CONEP: Não					
BOTUCATU, 10 de Maio de 2016					
Assinado por: SILVANA ANDREA MOLINA LIMA (Coordenadora)					

Endereço: Chácara, Ribeirão Preto, SP		CEP: 13.063-010	
Bairro: Pádua Junqueira	Município: BOTUCATU		UF: SP
CEP: 13.063-010	Telefone: (14) 3305-1600		E-mail: cnpq@fmed.unesp.br

ANEXO B

Inventário de Burden ou Escala de Burden

Versão final em português
Inventário de Sobrecarga do Cuidador
Domínio 1: Sobrecarga tempo dependente
1. A pessoa que eu cuido precisa da minha ajuda para realizar muitas atividades diárias.
0 (discordo totalmente)
1 (discordo)
2 (não concordo nem discordo)
3 (concordo)
4 (concordo totalmente)
2. A pessoa que eu cuido é dependente de mim.
3. Eu tenho de estar constantemente atento(a) à pessoa que eu cuido.
4. Eu tenho de ajudar a pessoa que eu cuido em muitas funções básicas (alimentação, eliminações, higiene e locomoção).
5. Eu não tenho um minuto de descanso no meu trabalho de cuidar.
Domínio 2: Sobrecarga à vida pessoal
1. Eu sinto que estou deixando de viver a minha vida.
2. Eu gostaria de poder sair desta situação.
3. A minha vida social tem sido prejudicada.
4. Eu me sinto emocionalmente esgotado(a) por cuidar desta pessoa.
5. Eu esperava que as coisas fossem diferentes neste momento da minha vida.
Domínio 3: Sobrecarga física
1. Eu não estou dormindo o suficiente.
2. A minha saúde tem sido prejudicada.
3. Cuidar desta pessoa tem me deixado fisicamente doente.
4. Eu estou fisicamente cansado(a).
Domínio 4: Sobrecarga social
1. Eu não me dou com outros familiares tão bem quanto eu costumava.
2. As minhas ações de cuidado não são valorizadas por outros familiares.
3. Eu tenho tido problemas no relacionamento com meu(minha) companheiro(a).
4. Eu não tenho trabalhado tão bem quanto eu costumava (trabalho fora ou em casa).
5. Eu fico ressentido(a) com outros parentes que poderiam ajudar, mas não ajudam.
Domínio 5: Sobrecarga emocional
1. Eu me sinto constrangido(a) /incomodado(a) com o comportamento da pessoa que eu cuido.
2. Eu sinto vergonha da pessoa que eu cuido.
3. Eu fico ressentido(a) com a pessoa que eu cuido.
4. Eu me sinto desconfortável quando recebo amigos.
5. Eu fico irritado(a) com a minha interação com a pessoa que eu cuido.

Fonte: VALER et al. (2015)

APENDICES

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados quantitativos e qualitativos

Quantitativo:

Perfil sócio demográfico do cuidador:

Idade: Sexo: Grau de parentesco:

Renda familiar: Nível de escolaridade:

Tempo de cuidado durante as 24 (horas):

Queixas em relação à ocorrência de infecção:

Á quanto tempo é cuidador do paciente:

Reside com o paciente:

Informações adicionais:

Qualitativo: pergunta direcionada ao cuidador familiar:

“Como é sua experiência em cuidar de um paciente que sofreu um AVC?”

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor(a) _____ responsável pelo paciente _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “*Colonização bacteriana e infecções em pacientes domiciliados com AVC: um estudo multimétodo*”, que será desenvolvido como projeto de doutorado por mim enfermeira Mestre Flávia Mendes de Sá, com orientação do profissional enfermeira e Professora Dra. Cassiana Mendes Bertocello Fontes, docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP.

Estou estudando a infecção em pacientes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e no cuidador familiar. Precisarei coletar com cotonetes, com um movimento de esfregar, uma quantidade de saliva da boca e uma quantidade de secreção nasal do paciente e do cuidador. Esses exames serão realizados em laboratório da UNESP – Botucatu. Essa coleta não oferece riscos de machucar ou sentir dor, oferecendo desconforto mínimo e passageiro no momento em que o cotonete entre em contato com a boca e o nariz.

Solicito também seu consentimento para consultar o prontuário médico do paciente acima especificado, para coletar informações como: causa de internação, uso de sonda e cateter, histórico e avaliações anteriores durante a internação e atendimento ambulatorial do paciente.

Na qualidade de responsável pelo paciente o(a) Senhor (a) será entrevistado por mim para responder a um questionário com perguntas, com duração máxima de 20 minutos. Essa entrevista será gravada e após o registro e análise do seu conteúdo, a gravação será destruída.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador
 Nome (Pesquisador) Flávia Mendes de Sá
 Endereço: Rua Raja Gebara 1-55, Vila Aviação Bauru - SP
 Telefone: (14) 981126558
 Email: mendes.sa30@gmail.com

Participante da Pesquisa