



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE
LUARA ABREU VIEIRA

DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO FUNDAMENTADAS
EM WANDA HORTA

FORTALEZA – CEARÁ
2017

LUARA ABREU VIEIRA

DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO FUNDAMENTADAS
EM WANDA HORTA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes

Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde

FORTALEZA-CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Vieira, Luara Abreu.

Diretrizes de Enfermagem para alta hospitalar de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico fundamentadas em Wanda Horta [recurso eletrônico] / Luara Abreu Vieira. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 1/2 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 131 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes.

1. Acidente Vascular Cerebral. 2. Alta do Paciente. 3. Enfermagem. I. Título.

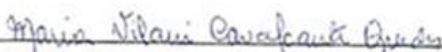
LUARA ABREU VIEIRA

DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
FUNDAMENTADAS EM WANDA HORTA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

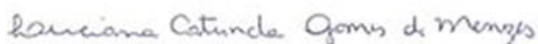
Aprovada em: 29 de junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Maria Vilani Cavalcante Guedes (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Luciana Catunda Gomes de Menezes

Faculdade Metropolitana de Fortaleza – FAMETRO



Prof.^a Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Aos pacientes e seus familiares e cuidadores, que o fruto deste trabalho possa ajudá-los a adaptarem-se as suas necessidades no domicílio e encorajá-los a reabilitação.

Aos enfermeiros, que estes conhecimentos produzidos possam engrandecer e tornar os cuidados prestados pelos mesmos diferenciados e edificantes.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu suporte e ter possibilitado que meus sonhos e minhas conquistas se tornassem realidade.

A Universidade Estadual do Ceará, em especial ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), por possibilitar que minha formação acadêmica tenha se aperfeiçoado e gerado conhecimentos para a reflexão e aplicação no ambiente profissional.

A minha orientadora, professora Doutora Maria Vilani Cavalcante Guedes, por tamanha confiança, dedicação, disposição, compromisso, paciência, ética, carinho e amizade depositada no desenvolvimento deste estudo e da Graduação aos dias de hoje.

A minha mãe, Neuzimar, e ao meu pai, Elisio, que me deram a vida, me educaram, me incentivaram e me apoiaram em todas as escolhas da minha vida, no meu desempenho acadêmico e profissional. Obrigada pelo amor a mim concedido, carinho e confiança que possuem em mim e por serem a minha razão de viver.

Aos meus colegas do PPCCLIS, por terem compartilhado tantos momentos de dificuldades e alegrias ao longo do curso, em especial as amigas Nádyá Santos, Wandra Pennaforte, Patrícia Bernardes e Daisy Silva.

Aos colegas de profissão que me ajudaram inúmeras vezes para que esta pós-graduação fosse concluída e compreenderam minha ausência, por dividirem o meu cotidiano e serem parceiras nas minhas angústias, dúvidas, certezas e alegrias.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), o qual faço parte há 7 anos, pelo amparo as minhas dúvidas, companheirismo e amizade, em especial as minhas amigas da linha de pesquisa Ariane Alves, Luciana Catunda e Eline Saraiva. É sempre um prazer dividir alegrias e conhecimentos com todos vocês.

Aos examinadores da banca de Dissertação por tão gentilmente aceitarem o convite e contribuírem para a minha formação profissional e pessoal.

A Instituição hospitalar por permitir que o estudo fosse realizado, abrilhantar meu conhecimento e fazer refletir nas perspectivas do cuidado de enfermagem.

Aos pacientes e seus familiares/cuidadores por aceitarem colaborar com os conhecimentos a serem desenvolvidos durante o meu estudo. Obrigada por serem a razão pela qual me dedico a melhorar os cuidados e permitir que seu adoecimento

se tornasse fonte viva e contínua da construção de conhecimentos e estratégias de educação.

A Coordenação de Aperfeiçoamentos de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo a realização deste estudo e permitir a ampliação dos meus conhecimento.

RESUMO

A preparação para a alta hospitalar é uma estratégia relevante no planejamento dos cuidados durante a hospitalização e no domicílio. Nos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE) a alta planejada é importante pelas incapacidades físicas/emocionais geradas e a necessidade de adaptação pelos pacientes/cuidadores, sendo necessária a criação de estratégias educativas que promovam orientações e sanem as dúvidas. Desta maneira, optou-se por utilizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) de Horta para identificar as principais necessidades e propor cuidados domiciliares adequados. Objetivou-se construir diretrizes de enfermagem para a alta hospitalar de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico fundamentado nas necessidades humanas básicas. Estudo desenvolvido em duas etapas: a primeira um estudo descritivo e a segunda um estudo metodológico. O estudo descritivo ocorreu em Fortaleza-CE em uma unidade de cuidados especializados em AVE em novembro e dezembro de 2016. Como critérios de inclusão foram: idade > 18 anos, diagnóstico de AVE confirmado clinicamente e por exames complementares e está internado na unidade em estudo. Para pacientes afásicos, a coleta foi complementada ou realizada com os acompanhantes cuidadores. Critérios de exclusão: diagnóstico prévio de outras doenças neurológicas vasculares ou que pudessem levar a sequelas cognitivas além das causadas pelo AVE. Pacientes em ventilação mecânica em uso de sedação e/ou analgesia e sem acompanhantes cuidadores também foram evitados. A amostra foi composta por 63 pacientes e coletou-se dados por meio de entrevista semiestruturada com base nas NHBs e questionamentos sobre alta, analisados por softwares estatístico, Iramuteq® e análise de Bardin. A construção do estudo metodológico realizado em 5 fases (levantamento do conteúdo; análise dos resultados coletados com os entrevistados; seleção e fichamento do material; elaboração textual; organização espacial do texto) com a criação de dois materiais educativos. A revisão da literatura evidenciou a produção de estudos que abordaram as principais necessidades de cuidados no domicílio, dificuldades enfrentadas pelos cuidadores e pacientes e também a avaliação de programas de acompanhamento domiciliar. Quanto aos 63 pacientes da amostra, tinham em média com 63,8 anos, homens (36; 57,1%), pardos (39; 61,9%), com filhos (56; 88,9%), em média 10,2 anos de estudo, aposentados (31; 49,2%), renda familiar de R\$ 1.982,00, em média

4 pessoas residiam no domicílio e católicos (47; 74,6%). Dos discursos emergiram a percepção da alta hospitalar; preocupações, dúvidas e dificuldades; e, a continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento profissional. As diretrizes foram construídas com foco nas principais necessidades apontadas e na fundamentação científica para nortear o planejamento dos cuidados no hospital pelos enfermeiros e no domicílio com a participação dos cuidadores/familiares, além da criação de um fluxograma de orientação para os enfermeiros. Desta forma, este estudo apontou a importância do planejamento da alta pelo enfermeiro direcionado às necessidades individuais dos pacientes/cuidadores para a continuidade do tratamento, bem como o uso da Teoria para fundamentar a elaboração de uma estratégia educativa consistente.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral. Alta do Paciente. Enfermagem.

ABSTRACT

Preparing for hospital discharge is a relevant strategy in planning care during hospitalization and at home. In the patients affected by the stroke, the planned high level is important due to the physical / emotional incapacities generated and the need for adaptation by the patients/caregivers, being necessary the creation of educational strategies that promote guidelines and solve doubts. In this way, we chose to use Horta's Human Basic Needs Theory (HBN) to identify the main needs and propose appropriate home care. The objective was to construct nursing guidelines for the hospital discharge of patients suffering by stroke based on basic human needs. Study developed in two stages: the first a descriptive study and the second a methodological study. The descriptive study was carried out in Fortaleza-CE in a specialized care unit in stroke in november and december of 2016. As inclusion criteria were: age > 18 years, diagnosis of stroke confirmed clinically and by complementary tests and is hospitalized in the study unit . For aphasic patients, the collection was complemented or performed with accompanying caregivers. Exclusion criteria: previous diagnosis of other vascular neurological diseases or that could lead to cognitive sequelae beyond those caused by stroke. Patients on mechanical ventilation using sedation and / or analgesia and without accompanying caregivers were also avoided. The sample consisted of 63 patients and data were collected through a semi-structured interview based on NHBs and questions about discharge, analyzed by statistical software, Iramuteq® and Bardin analysis. The construction of the methodological study carried out in 5 phases (content analysis, analysis of the results collected with the interviewees, selection and recording of the material, textual elaboration, spatial organization of the text) with the creation of two educational materials. The literature review evidenced the production of studies that addressed the main needs of home care, difficulties faced by caregivers and patients, as well as the evaluation of home care programs. Among the 63 patients in the sample, they had a mean age of 63.8 years (36; 57,1%), brown (39; 61,9%), with children (56; 88,9%), on average 10 , 2 years of study, retirees (31; 49,2%), family income of R\$ 1,982.00, on average 4 people lived in the home and catholics (47, 74,6%).; Concerns, doubts and difficulties; And, the continuity of care at home and professional accompaniment. The guidelines were built with a focus on the main needs pointed out and the scientific basis to guide the planning of hospital care by

nurses and at home with the participation of caregivers / family members, as well as the creation of an orientation chart for nurses. Thus, this study pointed out the importance of planning nurses' discharge directed to the individual needs of the patients / caregivers for the continuity of treatment, as well as the use of the Theory to base the elaboration of a consistent educational strategy.

Keywords: Stroke. Patient Discharge. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Necessidades Humanas de Maslow	38
Figura 2 -	Pirâmide hierárquica das Necessidades afetadas nos pacientes acometidos por AVE, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	74
Figura 3 -	Classificação Hierárquica Descendente sobre o entendimento de pacientes e/ou cuidadores sobre a alta hospitalar, Fortaleza, CE, BR, 2017	77
Figura 4 -	Nuvem de palavras relativa à compreensão dos pacientes e/ou cuidadores sobre a alta hospitalar, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	78
Figura 5 -	Classificação Hierárquica Descendente das dificuldades e preocupações e dúvidas dos pacientes e/ou acompanhantes, Fortaleza, CE, BR, 2017	84
Figura 6 -	Nuvem de palavras relativa às dificuldades e preocupações e dúvidas dos pacientes e/ou cuidadores sobre a alta hospitalar, Fortaleza, CE, BR, 2017	85
Figura 7 -	Classificação Hierárquica Descendente de familiares relacionada ao apoio nos cuidados domiciliares, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	96
Figura 8 -	Nuvem de palavras referente ao apoio nos cuidados domiciliares, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	97
Figura 9 -	Percepções sobre aspectos que envolvem a alta hospitalar, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	101
Quadro 1 -	Comparação dos principais tipos e causas de Acidente Vascular Encefálico.....	27
Quadro 2 -	Classificação das necessidades Humanas por João Mohana (HORTA, 2011).....	39
Quadro 3 -	Caracterização dos artigos segundo identificação, delineamento, nível de evidência e estratégia de verificação dos cuidados cronologicamente decrescente. Fortaleza, CE, BR, 2016.....	55

Fluxograma 1 - Fases da elaboração da revisão integrativa, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	44
Fluxograma 2 - Fases da elaboração do estudo descritivo, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	48
Fluxograma 3 - Organização das fases aplicadas na elaboração do estudo metodológico, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas dos pacientes acometidos por AVE, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	63
Tabela 2 -	Distribuição de pacientes quanto ao diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, adesão ao tratamento medicamentoso e classes medicamentosas utilizadas, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	64
Tabela 3 -	Distribuição dos hábitos de vida dos pacientes, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	67
Tabela 4 -	Categorias temáticas iniciais, definições norteadoras e categorias finais formadas a partir da significação de alta hospitalar por pacientes e/ou cuidadores, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	79
Tabela 5 -	Categorias temáticas iniciais, definições norteadores, categorias intermediárias e finais formadas a partir das dificuldades e preocupações e dúvidas dos pacientes e/ou acompanhantes, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	86
Tabela 6 -	Categorias temáticas iniciais, definições norteadores, categorias finais formadas a partir das dificuldades e preocupações e dúvidas dos pacientes e/ou acompanhantes, Fortaleza, CE, BR, 2017.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIT	Acidente Isquêmico Transitório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEi	Acidente Vascular Encefálico isquêmico
AVEh	Acidente Vascular Encefálico hemorrágico
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NHBs	Necessidades Humanas Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS.....	24
3	REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: DOS FATORES DE RISCO A PRESENÇA DOS DÉFICITS NEUROLÓGICOS	25
3.2	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM CUIDADO DE ENFERMAGEM	30
3.3	ALTA HOSPITALAR: A PREPARAÇÃO PARA O RETORNO AO LAR	34
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	38
4.1	TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA.....	38
4.2	METODOLOGIA	41
4.2.1	Natureza e tipo de estudo	41
	Etapa A – Levantamento de conteúdo	41
4.2.1.1	Revisão integrativa da literatura.....	41
4.2.1.2	Estudo descritivo.....	44
4.2.1.2.1	<i>Local do estudo</i>	<i>44</i>
4.2.1.2.2	<i>Período de coleta de dados</i>	<i>45</i>
4.2.1.2.3	<i>População e amostra</i>	<i>45</i>
4.2.1.2.4	<i>Coleta de dados</i>	<i>46</i>
4.2.1.2.5	<i>Análise dos dados coletados com pacientes e/ou cuidadores</i>	<i>46</i>
	ETAPA B – Estudo metodológico	48
	Aspectos éticos e legais	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6	CONCLUSÃO.....	110
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICES.....	121
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	123
	ANEXOS.....	128

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE	129
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADODO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	132

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como ciência, busca em sua essência a prática do cuidado. Para tanto, é necessário que os profissionais tornem-se sensíveis ao reconhecimento das necessidades individuais dos sujeitos, afinal, são seres humanos que necessitam de atenção e resolubilidade dos problemas que os tornam dependentes do sistema de saúde.

Os autores Oliveira et al. (2009) afirmam que idealizar o cuidado como conceito fundamental da prática da enfermagem é uma maneira de distanciar-se da visão tecnicista e objetivante que predomina na ciência moderna. Desta forma, a subjetividade do cuidado e o compromisso com os sujeitos mostram-se um caminho para cuidá-los de maneira eficiente.

Nesse sentido, Maniva et al. (2013, p.363) afirmam que “(...) o exercício do cuidado pleno requer do enfermeiro não apenas subsídios teóricos e práticos focados na doença e procedimentos terapêuticos, mas, sobretudo, destinados a atender as necessidades de saúde do paciente e família”.

Para que a prestação do cuidado seja conduzida de modo seguro e eficaz é necessário que as demandas individuais e coletivas sejam identificadas e atendidas, pois a sua identificação e conhecimento contribuem para a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem adequado e individualizado, focado nas reais necessidades de saúde do paciente e visando sua recuperação e/ou diminuição das complicações (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012).

Cabe ao enfermeiro, portanto, o desenvolvimento dos conhecimentos científicos da Enfermagem da sua vivência na prática clínica. De maneira que o estabelecimento de prioridades para a criação de um plano de cuidados surja destes conhecimentos baseado na investigação das reais necessidades e permitam que a assistência seja implementada por meio dos fundamentos científicos.

Neste sentido, as teorias de enfermagem contribuem para fundamentar a prática clínica do enfermeiro, trazendo reflexões acerca do processo de cuidar e ao metaparadigma desta ciência, constituídos nos conceitos: o Ser humano, a Enfermagem, a Saúde e o Ambiente.

Dentre diversas teorias, ressalta-se neste estudo a Teoria das Necessidades Humanas Básica (NHBs) desenvolvida pela brasileira Wanda de Aguiar Horta em 1974. Esta teoria foi criada a partir das ideias das teorias da área

da psicologia de caráter humanistas, como a Teoria da Motivação Humana de Maslow, com foco na motivação para alcance das necessidades humanas e da adaptação de João Mohana, com base nas necessidades.

As NHBs utilizadas por Horta organizam-se hierarquicamente em três tipos de necessidades: as psicobiológicas que se relacionam ao corpo físico (oxigenação, alimentação, eliminação, sono e repouso, dentre outras); as psicossociais que derivam da convivência com os outros seres humanos em família e em sociedade (segurança, amor, liberdade, comunicação, autoestima, etc), e; as psicoespirituais que são advindas dos valores e crenças (apoio espiritual, enfrentamento ao tratamento) (HORTA, 2011).

Para Horta (2011), o foco do trabalho do enfermeiro é manter o paciente em equilíbrio com suas necessidades, constituídas como problemas de enfermagem, ressaltando a importância da interação entre enfermeiro e paciente.

Nesta perspectiva, é importante para o trabalho do enfermeiro a percepção do processo de cuidar de forma ampla e que permita a observação de diversos fatores limitantes ou facilitadores que se relacionam entre si e que podem influenciar no modo de prestar o cuidado adequado.

Portanto, o conhecimento da doença, o uso das tecnologias para o cuidado, a equipe de trabalho, a interação com os pacientes e acompanhantes são alguns dos aspectos a serem observados como determinantes no cuidado, cabendo ao enfermeiro a interpretação dos mesmos para o benefício gerado pelo cuidado ao paciente (SANTOS; COSTA NETO, 2012).

Considerando-se estes fatores intervenientes no cuidado, observa-se a compreensão do Acidente Vascular Encefálico (AVE) pelos enfermeiros como imprescindível para a tomada de decisão clínica, baseada nos seus fundamentos científicos e que permita a elaboração de tecnologias para o cuidado com vistas a atenção das necessidades individuais e coletivas da sua admissão até a alta hospitalar.

Dentre diversos acometimentos, em virtude das suas potenciais incapacidades geradoras e variado grau de dependência familiar após hospitalização, o Acidente Vascular Encefálico destaca-se entre as doenças que acometem o Sistema Nervoso Central por ser responsável pela elevada prevalência e morbimortalidade, independentemente do nível de desenvolvimento do país (SANTOS et al., 2012).

Esta doença apresenta-se como responsável por elevado índice de mortalidade mundial, comprometendo cerca de 15 milhões de pessoas anualmente (BARRETO, 2011). No Brasil, os dados epidemiológicos do Sistema Único de Saúde (SUS) indicam que os casos de AVE representam a maior causa de morte com cerca de 90 mil casos por ano (BORGES et al., 2013).

Segundo Mendonça et al. (2011) os principais sinais e sintomas percebidos pelos pacientes no acometimento por AVE são: tontura, vertigem, cefaleia, vômitos, visão dupla, fraqueza, alteração na fala e sensibilidade, confusão, zumbidos, dentre outros.

A prevenção dos fatores de risco para o desenvolvimento de AVE é imprescindível para diminuir sua incidência e prevalência (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012). Dentre os fatores considerados modificáveis, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), as dislipidemias, o tabagismo e o etilismo. Já com relação aos não modificáveis, são eles, sexo, idade, raça e história familiar de alguma doença cerebrocardiovascular. Tais fatores de risco associados ou não contribuem para a ocorrência de AVE (BARBOSA et al., 2009).

O impacto destas doenças cerebrocardiovasculares e suas complicações, sobre a sociedade é crescente, especialmente quando evolui para graus variados de incapacidade ou morte (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012).

Neste âmbito, cabe ao enfermeiro planejar os cuidados específicos ao paciente acometido por AVE, exigindo para isso conhecimento sobre vários aspectos relacionados à doença e suas necessidades básicas. A compreensão da doença conduz a reflexão dos fatores que podem influenciar no cuidado ao pacientes e quais estratégias o enfermeiro pode desenvolver para englobar este cuidado desde a sua admissão até a alta (BIANCHINI; GALVÃO; ARCURI, 2010).

Assim, a partir do momento que o paciente entra em contato com a equipe, os seus cuidados devem ser planejados até a sua alta hospitalar, para que se possa promover, aos poucos, uma preparação familiar e pessoal diante da situação de saúde.

Entende-se a alta hospitalar como uma transição específica, onde os cuidados iniciados desde a admissão do paciente devem ser previstos a fim de se ter uma continuidade dos cuidados em domicílio (FLESCHE; ARAÚJO, 2014).

Para que tal fato ocorra, toda a equipe de enfermagem deve estar envolvida, em especial o enfermeiro, não sendo o planejamento da alta de responsabilidade apenas deste profissional, porém, cabe ao mesmo, sobretudo, fazer uso diferentes tecnologias no processo de cuidado a fim de garantir sua continuidade no domicílio.

Dentre as diferentes estratégias e estando cientes da existência de várias tecnologias do cuidado na saúde, não se pode deixar de abordar a educação em saúde por meio do uso de tecnologias educativas executadas pelo enfermeiro pode ser percebida como um caminho para nortear a alta hospitalar durante a internação com vistas a preparar as ações de cuidado ao paciente e familiares/cuidadores para o retorno ao domicílio.

Para Rigon e Neves (2011, p. 813) “a educação em saúde perpassa o cotidiano do enfermeiro, considerando a recuperação, prevenção e as necessidades de ensino do paciente. Essa realidade inclui o âmbito hospitalar, onde o enfermeiro é chamado a reconstruir sua prática de cuidado direto, para um modelo mais abrangente, em que a educação faz parte da assistência”.

No entanto, a educação em saúde precisa ser vista como uma estratégia direcionada para as ações básicas tanto de prevenção, quanto de promoção, cura e reabilitação (GOÉS; LA CAVA, 2009).

A inclusão dos familiares nas estratégias educativas é primordial para o planejamento de ações que visem o tratamento e reabilitação dos pacientes, bem como a preparação para o enfrentamento das questões sociais vivenciadas no domicílio. Assim, essa inclusão deve ser realizada quando a situação exigir-la, pois nem sempre estão preparados para compartilhar o cuidado e também porque o contexto social é determinante para o entendimento das situações apresentadas, bem como para a tentativa de resolução ou de melhoria dessas situações (GORINI; SEVERO; SILVA, 2008).

Neste sentido, observa-se que a participação dos enfermeiros no cuidado a estes pacientes engloba ações que vão além da prática do conhecimento técnico e científico intrahospitalar, ressaltando a tecnologia educativa como influenciadora nos cuidados em domicílio por meio de orientações de alta aos familiares/cuidadores.

O momento da alta hospitalar deve ser compartilhado com toda a equipe multiprofissional e planejado em interação com paciente e família. A alta planejada deve ser uma rotina dentro dos serviços de saúde, a fim de que o paciente e

acompanhante retornem ao domicílio informado. Além disso, deve-se destacar que a alta não deve ser identificada apenas como uma burocracia dentro do serviço, mas como um momento de interação e cuidado.

Estes cuidados de alta devem ser resultantes do processo de cuidar desde o momento da hospitalização que são de grande importância para que o paciente transite da atenção integral para os cuidados que devem ser continuados no domicílio, como, por exemplo, as modificações do grau de dependência, orientações sobre o uso das medicações corretamente, além do apoio das equipes de saúde nos demais níveis de atenção.

Diante deste contexto, surgiu o interesse em desenvolver um estudo que contribuísse para a construção de diretrizes de enfermagem para a alta hospitalar. Assim, questiona-se: Quais as principais necessidades humanas básicas dos pacientes acometidos pelo AVE visando a construção de diretrizes de enfermagem para a alta hospitalar?

Tendo em vista a aproximação com a temática das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações na Linha de Pesquisa Cuidados Clínicos e Educativos de Enfermagem em Doenças Crônicas e Cidadania pertencente ao Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS) e a experiência profissional na assistência aos pacientes acometidos por AVE em unidade especializada, este acometimento cerebrovascular e os cuidados prestados aos pacientes, principalmente na alta hospitalar despertaram uma reflexão acerca de estratégias educativas para o aprimoramento dos cuidados neste momento.

Além disso, a incidência desta doença promove no Sistema Único de Saúde (SUS) um reflexo alarmante dentro da população. Dados do Ministério da Saúde (DATASUS) registrou, em 2009, cerca de 160 mil internações por doenças cerebrovasculares e a taxa de mortalidade neste mesmo período foi de 51,8 a cada grupo de 100.000 habitantes (ALMEIDA, 2012).

Com relação aos custos, um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, aponta que em 2011, o AVE foi responsável por muitas diárias hospitalares gerando um consumo de mais de 172 mil internações, com uma média estimada de média de 472 pessoas/dia, na rede pública de saúde (BRASIL, 2012a).

O sistema de saúde poderá ser beneficiado com este estudo em virtude da importância das orientações que buscam a continuidade dos cuidados no domicílio, a fim de promover a redução de custos e reinternações em consequência

de complicações decorrentes do acometimento ou aparecimento de novos déficits neurológicos, com vistas ao controle da saúde. Além disso, permitirá um melhor acompanhamento das necessidades do paciente pelos enfermeiros nos demais níveis de atenção a saúde.

O conhecimento produzido neste estudo contribuirá para a formação acadêmica e atuação do profissional enfermeiro, tendo em vista o incentivo da aproximação do mesmo com os pacientes e familiares na prática do cuidado de enfermagem desde a admissão, permitindo o planejamento e execução da alta hospitalar de enfermagem participativa e de acordo com as necessidades humanas básicas visualizadas durante o cuidado prestado a esses pacientes.

A sociedade também se beneficiará com os resultados deste estudo, visto que os profissionais estarão atualizados, permitindo um cuidado prestado com mais atenção às necessidades individuais e focado na realidade fora do ambiente hospitalar para a continuidade dos cuidados.

Desta maneira, o planejamento da alta hospitalar realizado pelos enfermeiros, pautado na educação em saúde é de suma importância, tendo em vista a necessidade de orientações fornecidas aos pacientes e familiares em relação os cuidados requeridos e reabilitação precoce dos pacientes acometidos por AVE, além de proporcionar a continuidade de um cuidado de qualidade e adequada às necessidades dos pacientes.

2 OBJETIVOS

- Construir diretrizes de enfermagem para a alta hospitalar de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico fundamentado nas necessidades humanas básicas.
- Verificar as principais necessidades humanas básicas, bem como as dúvidas e preocupações durante a internação quanto aos cuidados a serem realizados no domicílio.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura foram desenvolvidos os seguintes tópicos: Acidente Vascular Encefálico: dos fatores de risco a presença dos déficits neurológicos; Educação em saúde no contexto hospitalar: um cuidado de Enfermagem; e, Alta hospitalar: a preparação para o retorno ao lar.

3.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: DOS FATORES DE RISCO A PRESENÇA DOS DÉFICITS NEUROLÓGICOS

O sistema neurológico, composto pelo Sistema Nervoso Central (SNC) e Sistema Nervoso Periférico (SNP) desempenha importante função na manutenção do equilíbrio sensório e motor do corpo humano. Assim, qualquer doença que atinja esses sistemas é capaz de alterar o comportamento emocional, sensitivo e motor, podendo gerar diversas incapacidades a depender da gravidade do acometimento.

Dentre as doenças que atingem o SNC, os transtornos vasculares são responsáveis por gerar elevado número de internações e custos para o sistema de saúde. As doenças cerebrovasculares encontram-se atualmente responsáveis por grande impacto na saúde população, destacando-se o Acidente Vascular Encefálico, como uma das principais causas de morbimortalidade registrada mundialmente (MANIVA; FREITAS, 2012; BORGES et al., 2013).

Segundo dados da Organização Mundial de AVC, um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVC ao longo de seu curso de vida (BRASIL, 2013a).

No Brasil também se encontra dados epidemiológicos alarmantes e mostram que é necessário, cada vez mais, medidas de prevenção e promoção da saúde sejam adotadas com vistas à diminuição deste tipo de adoecimento.

“Com base nas informações do DATASUS, de 2005 a 2009 registraram-se no Brasil cerca de 170.000 internações por AVC/ano, com um percentual de óbitos em torno de 17%. Em 2009, o AVC representou 1,5% das 11.509.485 internações hospitalares registradas no SUS” (BRASIL, 2014, p. 509).

Além disso, em virtude da falta de estrutura do serviço de saúde, a falta de orientações após a alta hospitalar e o aparecimento de complicações eleva a quantidade de reinternações e complicações decorrentes da doença e o aparecimento de novos eventos neurológicos.

Dados provenientes de um estudo prospectivo nacional indicaram incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9%, sendo o índice de recorrência após um evento anterior de 15,9% (BRASIL, 2013a).

Em um estudo realizado no ano de 2011, com base nas internações por AVE ocorridas entre os anos 2006 e 2007 no Brasil, obteve-se uma taxa de mortalidade hospitalar precoce bruta de 34,3% e ajustada de 31,2% muito elevadas quando comparadas a países europeus no mesmo período (ROLIM; MARTINS, 2011).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013, aproximadamente 2,2 milhões de pessoas pesquisadas com idade superior a 18 anos relatou ter sido diagnosticada com AVE, não havendo diferença significativa entre as regiões do país (BRASIL, 2015).

O controle dos fatores de risco para o AVE por meio de orientações com foco na manutenção de um estilo de vida saudável encontra-se como uma das estratégias para a promoção da saúde e prevenção de doenças da população que possui um risco potencial ou não para o acometimento.

Atualmente, o controle ou redução dos fatores de risco para o AVE encontram-se dentre os objetivos das metas globais até 2025, visto que estes fatores de risco contribuem para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, inclusive os adoecimentos cerebrocardiovasculares que são crescentes mundialmente (WHO, 2014).

Os fatores de risco para o AVE podem ser considerados como modificáveis ou não modificáveis. Dentre os fatores de risco não modificáveis, pode-se citar: idade, hereditariedade, raça. Com relação aos considerados modificáveis por terem relação com o estilo de vida e controle de comorbidades, são eles: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), dislipidemias, tabagismo e uso em excesso de álcool e drogas, cardiopatias, anticoncepcionais orais e sedentarismo (SANTOS et al., 2012).

Um dos principais fatores de risco relacionado ao AVE é a HAS, devido ao seguimento inadequado do tratamento, fato que dificulta o controle elevando a probabilidade de complicações como os eventos cerebrovasculares.

A presença da HAS acarreta aumento superior a três vezes na incidência de AVE. O controle pressórico diminui em 42% o seu risco, com rápido benefício, cerca de um ano após início do tratamento (CASTRO et al., 2009).

De acordo com Mendonça et al. (2011), HAS e o AVE têm chamado a atenção das autoridades de saúde seja pela sua alta prevalência, como também pela sua estreita ligação para o desenvolvimento de incapacidades. Estas incapacidades podem ser ocasionadas em virtude dos danos neurológicos causados pela lesão cerebral decorrente do AVE.

De acordo com o *National Institute for Health and Care Excellence* (2008), o AVE caracteriza-se como uma síndrome que evolui com o desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral, ou global no caso do coma, que duram mais de 24 horas ou conduzem à mortes em outra causa aparente que não a de origem vascular.

O AVE pode ser dividido em duas categorias: o isquêmico (AVEi), que causa uma obstrução no fluxo sanguíneo e diminuição da perfusão cerebral, e; o hemorrágico (AVEh), quando há um extravasamento sanguíneo pelo rompimento de um vaso. Conforme Brunner e Suddarth (2012) ele é, ainda, subdividido em tipos com base nas causas de acordo com o exposto no Quadro 1

Quadro 1- Comparação dos principais tipos e causas de Acidente Vascular Encefálico.

	AVE isquêmico	AVE hemorrágico
Causas	Trombose de grandes artérias Trombose em pequenas artérias penetrantes Embolia cardiogênica Criptogênico (sem causa) Outros	Hemorragia intracerebral Hemorragia subaracnóidea Aneurisma cerebral Malformação arteriovenosa

Fonte: Adaptado de Brunner e Suddarth (2012).

Em um AVEi há a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral pela obstrução de um vaso, resultando então em uma série complexa de eventos metabólicos celulares (cascata isquêmica).

Esta cascata inicia-se quando há uma redução do fluxo de sangue, havendo a necessidade da transformação da respiração aeróbica em anaeróbica nas células neuronais, alterando o pH e diminuindo a energia necessária para promover a despolarização celular e composição eletrolítica da membrana fazendo com que estas células parem. Nos primeiros 3 a 10 minutos após a instalação da isquemia há uma redução progressiva dos potenciais destas membranas, sobrecarregando a região e causando a morte celular (BRUNNER; SUDDARTH, 2012; SPENCER; BARNETT, 2013).

Na região ao redor do local onde houve o infarto celular, denominada região de penumbra, nesta há a possibilidade de regeneração celular se iniciadas, o mais brevemente, intervenções que impeçam um dano cerebral secundário, evitando assim, que esta cascata isquêmica atinja a região de penumbra (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

Já o AVEh é causado comumente por uma hemorragia nos tecidos cerebrais, dos ventrículos ou do espaço subaracnóideo. A depender da causa que gerou esse sangramento e o tipo do distúrbio vascular produz-se um extravasamento sanguíneo que pressiona os nervos cranianos ou tecidos cerebrais vizinhos, ou ainda, há uma hemorragia dentro do espaço subaracnóideo. O metabolismo cerebral normal, então, é interrompido pela exposição do sangue no tecido cerebral e aumento da pressão intracraniana ou há uma isquemia secundária em virtude da pressão de perfusão reduzida e vasoespasma (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

Por sua grande incidência na população, o AVE é também conhecido popularmente por Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame. Diante disto, a nomenclatura melhor utilizada e difundida para a população é ainda bastante discutida pelos estudiosos, principalmente na língua portuguesa.

O termo derrame é o mais popularmente conhecido e traduz um derramamento de sangue, fato que nem sempre pode ocorrer neste evento cerebrovascular. Já AVC caracteriza-se por ser internacionalmente aceito na nomenclatura médica, porém o AVE, atualmente, demonstra-se mais completo, visto que toda a região encefálica pode ser afetada e não apenas o cérebro, porém internacionalmente utiliza-se cérebro como o conjunto de todas as estruturas intracranianas (GAGLIARDI, 2012).

A depender da extensão dos danos na região encefálica que afetou as células cerebrais e quantidade de fluxo colateral, inúmeros sinais e sintomas podem surgir gerando ou não graus de incapacidades após o período agudo da doença.

Comumente estes danos produzem déficits neurológicos que incluem alterações motoras (hemiparesia, hemiplegia, ataxia, disartria e disfagia), visuais (diplopia, hemianopsia e perda de visão periférica), sensoriais (parestesia), verbais (afasias de expressão, motora e global), cognitivos (perdas de memória, atenção, concentração, raciocínio e julgamento) e emocionais (labilidade emocional, depressão, isolamento, medo, dentre outros). Além disso, nos casos de AVEh, é possível que alguns dos sintomas iniciais sejam a tontura e cefaleia intensa (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

Diante do aparecimento destes déficits neurológicos são possíveis muitas sequelas decorrentes do AVE, as quais podem acarretar dependência, sobretudo na fase inicial, sendo o déficit motor o mais facilmente identificado (SANTOS et al., 2012). Tais incapacidades podem influenciar tanto no cuidado prestado, necessitando de maior atenção da equipe de saúde, como também na relação com a família e/ou cuidadores deste paciente diante desta nova circunstância.

No que se refere especificamente à incapacidade e dependência funcionais, sabe-se que o grau de dependência pode influenciar diretamente na vida dos pacientes e em especial de sua família, pois as dificuldades vivenciadas no seu cotidiano determinam muitas vezes a necessidade de alguém para auxiliá-lo (VIEIRA et al., 2012).

O grau de incapacidade pelo acometimento da doença pode gerar inúmeros prejuízos sociais, emocionais e financeiros, podendo alterar a rotina domiciliar após a alta destes pacientes. Além disso, as necessidades básicas podem ser privadas de ser realizadas pelo próprio paciente, dificultando que ele pratique o autocuidado.

De acordo com Vieira et al. (2012, p. 523):

O termo incapacidade está relacionado à inabilidade em realizar uma atividade de maneira adequada, o que determinará a dependência para realização das atividades de vida diária, isto é, a incapacidade de realizar independentemente essas atividades. A avaliação das atividades de vida diária explora as habilidades do paciente para satisfazer as necessidades básicas, como comer, fazer a higiene, vestir-se, entre outras.

A aproximação com os pacientes diante desta situação de saúde exige que os profissionais estejam cada vez mais capacitados e preparados para atender as demandas requeridas. A necessidade de um cuidado planejado e individualizado traduz organização do serviço e cuidados de enfermagem mais condizentes com a realidade destes pacientes. Ressalta-se que quanto maior o número de necessidades afetadas do paciente, maior será a urgência de planejar a assistência, pois a sistematização das ações visa a organização, a eficiência e a validade da assistência prestada (CAVALCANTE et al., 2011).

A família e/ou cuidador também deve ser inserida neste contexto de planejamento do cuidado para o melhor entendimento e busca de estratégias para a solução dos problemas vivenciados e as limitações que possam ocorrer no futuro pelas incapacidades geradas pelos déficits neurológicos.

Borges et al. (2013), afirmam ainda que é essencial o estabelecimento de uma parceria da família com a equipe de saúde. Desta maneira, a família pode auxiliar a enfermagem no reconhecimento das necessidades e dos problemas, colaborar na aplicação do planejamento e implementação das atividades propostas, além de auxiliar na avaliação da evolução dos problemas encontrados.

Neste contexto ressalta-se a importância do conhecimento dos enfermeiros acerca dos fatores de risco, o quanto os mesmos estão presentes no cotidiano e como influencia no aparecimento de adoecimentos como o AVE, que é responsável por grandes modificações na realidade do paciente e família, merecendo atenção especial para o planejamento de ações sistematizadas e coerentes com cada ambiente em que o paciente está inserido, principalmente diante das condições em que o mesmo se encontra para o retorno ao domicílio e a necessidade de orientações com foco na educação e saúde e cuidados aos pacientes e/ou cuidadores.

3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM CUIDADO DE ENFERMAGEM

A prática de atividades que promovam orientações aos pacientes e familiares dentro dos ambientes destinados a atenção a saúde, realizadas pelos profissionais, são entendidas como estratégias que buscam orientar a respeito das condições de saúde e atividades que proporcionem a reabilitação.

Há várias décadas, a prática da educação em saúde é vista como possibilidade de evidenciar, debater e dialogar com a população sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças sendo desenvolvida pelos enfermeiros nos seus diversos ambientes de trabalho. “Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p. 210).

Pinheiro (2011, p. 225) reforça que a educação em saúde “se insere no contexto da atuação da enfermagem como meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e cliente, de maneira que este possa refletir a respeito da sua situação de saúde-doença e perceba-se como sujeito de transformação da própria vida”

O enfermeiro, por estar próximo aos pacientes dentro dos ambientes da saúde, pode identificar as necessidades dos seus pacientes e está apto a desenvolver estratégias que busquem educar não só os pacientes como também os seus familiares/cuidadores, tendo em vista o contexto social em que estão inseridos.

O enfermeiro é um educador por natureza que, ao sistematizar e individualizar o cuidado e voltar-se não somente para a doença, pode exercer influência sobre o estilo de vida das pessoas, tornando-os capacitados a tomar suas decisões com vistas à melhora da saúde e reabilitação (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Executar atividades educativas inclui, por parte dos enfermeiros, a tomada de decisão conjunta, a escuta ativa dos problemas e soluções que podem ser estabelecidos, a inclusão dos familiares no processo de cuidado domiciliar e, sobretudo, o planejamento deste cuidado com vistas a participação ativa de todos os envolvidos. De acordo com Silva et al. (2012) a atividade educativa deve ser uma prática de diálogo, em que tanto os profissionais de saúde quanto os usuários tenham voz ativa na interpretação da realidade e na busca de mudanças para melhorar a qualidade de vida.

As experiências que resultam da prática da educação em saúde é, também, um cuidado de enfermagem, e, este cuidado pode ser desenvolvido em diversos cenários em que o enfermeiro está inserido. Ainda de acordo com Candeias (1997), estas experiências são apenas parte das atividades técnicas que podem ser realizadas na atenção à saúde e desenvolvidas em quatro diferentes ambientes: a

escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade.

Dentre estes ambientes, destaca-se o ambiente clínico, em qualquer que seja o seu nível de atenção. Portando, desde a atenção primária a saúde com o estabelecimento de práticas educativas que atendam as necessidades da população nos programas de saúde até a atenção terciária, onde se encontra uma rede hospitalar especializada há a presença dos enfermeiros nestes serviços, e, sobretudo, há espaço para o desenvolvimento de estratégias educativas.

Enfocando na atenção terciária a saúde, dentro do contexto hospitalar, o enfermeiro encontra-se inserido ativamente no processo de cura e reabilitação das doenças que necessitam de um maior aparato clínico e tecnológico. É, também, neste cenário, que o cuidado do enfermeiro visando à educação dos pacientes e familiares/cuidadores é essencial para a transição dos cuidados institucionalizados para os domiciliares.

Infortunadamente, ainda pode ser percebido que a atuação do enfermeiro no cenário hospitalar ainda é centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos, desempenhando tarefas que se dividem entre as exigências da atuação na assistência e no gerenciamento, encontrando pouco tempo para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde (RIGON; NEVES, 2011).

Porém este ambiente também é propício para o desenvolvimento de habilidades que vão além das técnicas e gerenciamento dos serviços e concedem a aproximação com a realidade em que cada paciente está inserido e que emergem certos questionamentos como a situação de saúde atual pode interferir no cuidado no domicílio, e o enfermeiro pode visualizar as reais necessidades de cuidado após a internação, em como a família está preparada para cuidar deste sujeito, e, principalmente, em quais estratégias didáticas o enfermeiro pode desenvolver para educá-los.

É neste ambiente que o profissional tem a oportunidade de se aproximar dessa família, conhecer um pouco da sua história e necessidades, promover um encontro no qual a troca de saberes é possível (GÓES; LA CAVA, 2009). Assim, para educar é preciso ir ao encontro dos interesses do educando, oferecendo conteúdos e práticas que estejam em consonância com suas necessidades (GORINI; SEVERO; SILVA, 2008).

A Enfermagem, ainda, se destaca como profissão de compromisso social, sensível aos problemas e direitos humanos, e como ciência que busca novas metodologias para o alcance da melhoria da qualidade de vida e dos cuidados, mediante atividades educativas de saúde e intervenções apropriadas (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

No entanto, a escolha da metodologia a ser aplicada dentro das estratégias de diálogo entre enfermeiros, pacientes e familiares/cuidadores dentro das instituições hospitalares vão ao encontro com as necessidades estabelecidas por ambos e precisam da formação de um vínculo que fortaleça a relação de confiança para a compreensão das propostas estabelecidas.

“O melhor recurso metodológico a ser utilizado pelo enfermeiro será definido pelos próprios problemas cotidianos de cada profissional, pensando educação em saúde como processo criativo, dialógico e de construção, que para tanto se faz necessário assumir alguns pressupostos como princípios para uma nova prática” (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, p. 275, 2009).

Ainda de acordo com Lopes, Anjos e Pinheiro (2009), folhetos possuem um efeito positivo na construção do conhecimento quando analisados juntamente com a clientela à qual se destinam, pois evitam informações que não estejam problematizadas e focalizadas nas necessidades. A educação em saúde, como pluralidade de ações para a promoção da saúde, necessita utilizar estratégias didáticas que transformem indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável.

Ressalta-se, ainda, que o enfermeiro, dentro da instituição hospitalar, deve se emponderar de estratégias e recursos tecnológicos que busquem a educação em saúde, sobretudo com o uso de estratégias que visem o protagonismo dos pacientes e familiares/cuidadores. É necessário pensar a prática educativa, como inerente e indissociável ao cuidado de enfermagem no contexto hospitalar, numa perspectiva de ação-reflexão-ação dialógica e conscientizadora, revendo-se a identidade do enfermeiro, como educador, auxiliando na transformação, autonomia e emancipação dos indivíduos com a utilização de metodologias ativas (RIGON; NEVES, 2011).

Ademais, o conhecimento das perspectivas, anseios e questionamentos dos familiares/cuidadores é fundamental no planejamento da prática educativa

emancipadora, com vistas ao entendimento das necessidades, vínculos e situações sociais existentes fora do ambiente hospitalar e que permita que tais orientações desenvolvidas possam ser realizadas no domicílio.

Para Góis e La Cava (2009), o reconhecimento da família para a construção de bases seguras para a manutenção do cuidado familiar de um modo ampliado e acreditando em sua capacidade de auto-organização merece atenção do enfermeiro tendo em vistas a realidade domiciliar como ponto de partida para as práticas educativas e não a realidade vivida no hospital.

Desta maneira, denota-se que a educação em saúde deve ser praticada como um cuidado de enfermagem dentro do contexto hospitalar com vistas a uma melhor atenção prestada no domicílio baseada na identificação das vulnerabilidades e facilidades para a reinserção social e o cuidado desempenhado por familiares/cuidadores.

3.3 ALTA HOSPITALAR: A PREPARAÇÃO PARA O RETORNO AO LAR

A alta hospitalar, comumente é vista como um momento em que se encerra a necessidade imediata de recursos humanos qualificados, do aparato tecnológico e de cuidados de enfermagem especializados e se inicia o retorno dos pacientes para o domicílio. Entretanto existe uma ligação nesta transição do hospital para o lar, que deve ser planejada e compartilhada com os pacientes e familiares.

De acordo com o Ministério da Saúde a alta hospitalar responsável, é entendida como a transferência do cuidado que será realizada por meio da orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, a articulação com os demais pontos de atenção à saúde e a implantação de mecanismos de desospitalização, a fim de se obter alternativa às práticas hospitalares, para os cuidados domiciliares (BRASIL, 2013b).

O processo de alta hospitalar é uma exigência da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.809/2012, afirma que são objetivos da alta hospitalar responsável para promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial; buscará melhor alternativa assistencial para o paciente após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que receberá o paciente; dispor das orientações adequadas ao

paciente, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial; otimizar o tempo de permanência do paciente internado; prevenir o risco de readmissões hospitalares; avaliar as suas necessidades singulares e prevenir o risco de infecção hospitalar (BRASIL, 2012b).

Cabe aos enfermeiros, como membro de uma equipe multidisciplinar que presta cuidados aos pacientes hospitalizados planejar e executar atividades para a alta, em meio às demais atividades assistenciais.

Delatorre et al. (2013, p. 7155) afirmam que “o enfermeiro é o profissional que realiza e gerencia o planejamento de alta, pois esse profissional encontra-se continuamente no hospital, servindo de elo entre o paciente e os demais profissionais da equipe multiprofissional”.

A alta não deve ser vista apenas como um procedimento burocrático de saída do paciente da unidade de internação, necessitando então, de momentos de orientação, para se sanar as dúvidas e discutir adaptações às necessidades dos pacientes. Este momento, muitas vezes, é procedido como um expediente burocrático de liberação do usuário que está apto a voltar ao domicílio de origem sem que lhe sejam oferecidas orientações (MELLO, 2013).

“O processo de alta hospitalar ocorre em locais inadequados para orientação, são fornecidas poucas informações por escrito, há curto tempo para orientação e não são utilizadas estratégias que confirmem a compreensão do paciente quanto às orientações fornecidas” (TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012, p. 187).

A falta de um instrumento que valorize o trabalho dos enfermeiros na orientação da alta hospitalar também é um aspecto que deve ser trabalhado nas equipes e serviços de saúde. A necessidade de mais conhecimentos por parte dos enfermeiros sobre a importância do momento da alta hospitalar mostra que se deve suprir esta lacuna por meio do desenvolvimento de competências para realização do planejamento desta etapa de transição (DELATORRE et al., 2013).

Para dinamizar as estratégias de cuidados, o enfermeiro precisa ter clareza do impacto desse cuidado na vida dos indivíduos, relacionando essa ação sempre aos problemas a serem enfrentados pelos familiares durante o cuidado no domicílio no pós-alta hospitalar, pois, devido à complexidade dos cuidados necessários ao paciente, podem surgir dificuldades, medos e estresses.

Os profissionais de saúde devem acompanhá-los por meio de instrumentos elaborados pelo enfermeiro, contendo as informações e orientações por escrito, formalizando um plano de cuidados de enfermagem, respeitando cada uma de suas individualidades e necessidades básicas de cuidados.

“Para cooperar com essa ação, o processo de enfermagem pode contribuir eficazmente para o planejamento da alta hospitalar, por ser uma ferramenta valiosa nesse processo de cuidar” (DELATORRE et al., 2013, p. 7156).

Para tanto, deve-se levar em conta as características individuais dos pacientes que resultarão na identificação de diagnósticos de enfermagem que são importantes considerando resultados e intervenções de enfermagem no planejamento de alta (VIANNA; NAPOLEÃO, 2009).

Informações sobre o plano de alta devem contribuir também para a continuidade do tratamento no seguimento após alta em outra unidade de saúde. Assim, o resumo de alta é também um importante instrumento para estreitar a comunicação entre as redes de atenção.

Esse planejamento de alta deve ser realizado de forma que seja elaborado um roteiro de planejamento contendo informações necessárias para manutenção da saúde e a relação de serviços (DELATORRE et al., 2013).

No plano de orientações de alta para paciente e cuidador, é interessante que contenha o motivo da internação, prescrição de medicamentos e outras intervenções terapêuticas, calendário de consultas/exames e, além disso, deve-se discutir e solicitar avaliação do grau de compreensão das orientações fornecidas (FLESCHE; ARAÚJO, 2014).

Muitos hábitos e rotinas também devem ser enfatizados nas orientações fornecidas no preparo da alta hospitalar, em especial quando os pacientes retornam ao domicílio com algum grau de incapacidade. “Os cuidados não cessam com a saída do hospital e o retorno ao domicílio, pois será preciso mudar hábitos de vida e ajustar rotinas familiares para lidar com diferentes incapacidades e os tratamentos advindos” (FLESCHE; ARAÚJO, 2014, p. 228).

Vale lembrar que intervenções focadas no paciente e na família podem reduzir as taxas de re-internações pela participação mais ativa de pacientes e familiares no processo terapêutico em geral, inclusive a alta hospitalar.

Os pacientes podem estar especialmente vulneráveis a danos imediatamente após alta hospitalar, por várias razões: falta de preparo para o

autocuidado, falta ou inadequação de orientação, falta de acesso a profissionais de saúde que tenham conhecimento de seu plano de cuidado e descontinuidade do cuidado na interface do atendimento hospitalar e ambulatorial, podendo levar a complicações pós-hospitalares e reinternações (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

Desta maneira, visualiza-se a relevância que as orientações e os planos de cuidados com foco na alta hospitalar e reabilitação dos pacientes são imprescindíveis nos cuidados aos mesmos durante a internação, pautados por uma assistência de enfermagem mais cautelosa, refletindo na segurança do paciente no domicílio e na rede de atenção subsequente à internação.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

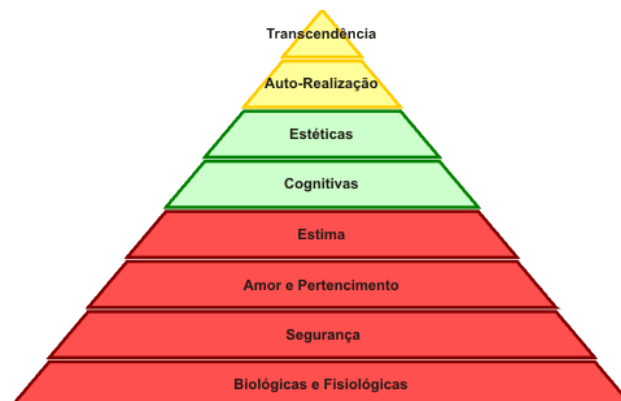
4.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA

Wanda de Aguiar Horta nasceu em 11 de agosto de 1926, em Belém do Pará. Graduiu-se em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 1948, posteriormente, em 1968, recebeu o título de doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atuou na docência e assistência, sendo reconhecida nacionalmente pelo desenvolvimento da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Esta teoria fundamentou-se na Teoria das Necessidades Humanas de Maslow, de cunho humanista. Para Maslow, esta teoria enfatiza a capacidade de autorealização do indivíduo, sendo a motivação a chave para a sua teoria, quando afirmava que o indivíduo deve participar ativamente para o crescimento e desenvolvimento pleno.

Maslow dividiu hierarquicamente as necessidades em cinco níveis: necessidades fisiológicas (alimento, abrigo, água, sono, oxigênio); segurança e proteção (segurança, estabilidade, ordem); amor e pertencimento (afeição, identificação, companheirismo); estima (autoestima, autoconceito, prestígio, sucesso); auto-realização. Conforme Leopardi (2006) posteriormente foram acrescentados mais 2 níveis, as necessidades estéticas e de transcendência (Figura 1).

Figura 1 - Necessidades Humanas de Maslow



Fonte: Elaborado pela autora.

Horta preferiu utilizar a classificação de João Mohana que é derivada e adaptada de Maslow, dividindo a hierarquia das necessidades humanas em 3 níveis: necessidades e psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (Quadro 2).

Quadro 2: Classificação das necessidades Humanas por João Mohana (HORTA, 2011).

PSICOESPIRITUAIS: derivam dos valores e crenças do indivíduo Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.
PSICOSSOCIAIS: relacionadas com a convivência com os outros seres humanos, família e comunidade. Segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, sociabilidade, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem e atenção.
PSICOBIOLOGICAS: relacionadas ao corpo físico Oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutaneomucosa, integridade física, regulação, locomoção, percepção, ambiente e terapêutica.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para que se evolua em direção ao topo da pirâmide é preciso que as necessidades sejam supridas, assim as pessoas somente se movem para níveis mais elevados quando as necessidades anteriores são satisfeitas.

As Necessidades Humanas Básicas (NHB) são estados considerados como de tensões, que ocorrem conscientemente ou não e que são decorrentes dos desequilíbrios vitais. Nos momentos em que existe um equilíbrio dinâmico as necessidades não se manifestam e são consideradas latentes (HORTA, 2011).

Diante disto, esta autora (2011) aponta que o foco do trabalho da enfermagem é levar o paciente ao estado de equilíbrio, por meio do atendimento das suas necessidades básicas, chamadas de problemas de enfermagem. Para tanto ela propõe o enfermeiro como o agente da ação, resultando de um processo interativo entre paciente, família, comunidade e enfermeiro. As necessidades são consideradas universais para todos os indivíduos, porém subjetivas, já os problemas

de enfermagem são latentes, constantes, infinitos, dinâmicos, hierarquizados e resultantes de interação.

Fundamentando-se na enfermagem como um serviço prestado ao ser humano e como parte integrante da equipe de saúde, Horta formula sua teoria da seguinte maneira:

“A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrios e os reverte pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas. Procura, portanto, sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”. (HORTA, 2011, p 30).

Partindo-se desta teoria, decorrem os conceitos, proposições e princípios.

Conceito de Enfermagem

“Consiste na ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, bem como de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais” (HORTA, 2011, p 30-31).

Conceito de Assistir em Enfermagem

“É fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo” (HORTA, 2011, p 31).

Desses conceitos surgem as seguintes proposições:

Funções do enfermeiro

Específica: assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas;

Interdependência: manter, promover e recuperar a saúde;

Social: ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal.

Princípios gerados:

A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade;

A enfermagem é prestada ao ser humano, e não a doença;

Todo cuidado é preventivo, curativo e para fins de reabilitação;

A enfermagem reconhece o ser humano como um membro de uma família e comunidade;

A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no autocuidado.

4.2 METODOLOGIA

4.2.1 Natureza e Tipo de estudo

O presente estudo se organiza em duas etapas, as quais foram realizadas complementarmente: a primeira consistiu no levantamento do conteúdo, o qual foi composto por uma revisão integrativa da literatura e um estudo descritivo e a segunda em um estudo metodológico.

Etapa A – Levantamento de conteúdo

4.2.1.1 Revisão integrativa da literatura

Como suporte teórico e complementar acerca da temática estudada realizou-se uma revisão integrativa da literatura fundamentada na proposta de Mendes, Silveira e Galvão (2008) a qual consiste em um método que reúne a produção científica relevante acerca de determinado tema, permitindo em sua construção uma ampla análise da literatura oferecendo assim, acesso rápido e sintetizado aos resultados científicos de maior importância para a área, a partir de uma questão norteadora.

As etapas para a elaboração desta revisão foram: a) identificação do problema; b) busca dos artigos na literatura; c) categorização dos estudos; d) avaliação da amostra; e) interpretação dos resultados; f) síntese dos artigos analisados.

Para tanto, estabeleceram-se duas questões norteadoras: Quais as orientações necessárias para a realização do cuidado de pessoas com o AVE no domicílio após a alta hospitalar? Quais estratégias têm sido descritas na literatura acerca de cuidados domiciliares após o AVE?

Nessa perspectiva, efetuou-se busca na literatura científica durante o mês de agosto de 2016, nas bases de dados: National Library of Medicine (PubMed/Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF), SCOPUS e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Durante a busca, cada base foi acessada em um único dia, pesquisada em um único momento, de modo a esgotar as buscas das publicações e evitar viés que prejudicasse a fidedignidade dessa etapa.

Empregou-se a terminologia em saúde dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/BIREME) e do Medical Subject Headings (MeSH/PubMed), utilizando os respectivos descritores entrecruzados com o operador booleano “and” no campo assunto: Acidente Vascular Cerebral; Stroke; Accidente Cerebrovascular; Alta do paciente; Patient; Discharge; Alta del Paciente; Cuidados de enfermagem; Nursing Care; Atención de Enfermería.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, publicados em periódicos científicos disponíveis na íntegra, com acesso gratuito e que respondessem à pergunta norteadora, escritos em inglês, português ou espanhol e sem delimitação do período de publicação.

Como critérios de exclusão: artigos do tipo relatos de experiência, dissertações, teses, relatórios de pesquisa; artigos do tipo ensaio teórico, reflexões, revisões bibliográficas, cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulos de livros, publicações governamentais e boletins informativos.

O cruzamento dos descritores resultou em um total de 106 artigos. Para a seleção dos artigos, foi realizada a leitura dos títulos e análise crítica dos resumos, dos quais 79 publicações estavam disponíveis na íntegra. Destas, foram excluídas 67 publicações, pois 41 por não atendiam às questões norteadoras, dezoito estavam repetidas nas bases de dados, cinco não possuíam acesso gratuito e três atendiam aos critérios de exclusão estabelecidos. Resultando, assim, na seleção de doze publicações para leitura na íntegra e análise.

Ao final, a amostra foi composta por doze artigos publicados no período de 2005 a 2015 e analisados na íntegra que pertenciam às bases de dados PubMed/Medline, LILACS, BDENF e SCOPUS.

Os dados dos estudos selecionados foram coletados por meio de um formulário construído pela pesquisadora composto das seguintes informações: identificação do estudo (autores, título, periódicos, ano de publicação e país de origem), delineamento metodológico, nível de evidência, objetivo e variáveis de interesse da revisão integrativa (principais achados e estratégias aplicadas para verificar os cuidados).

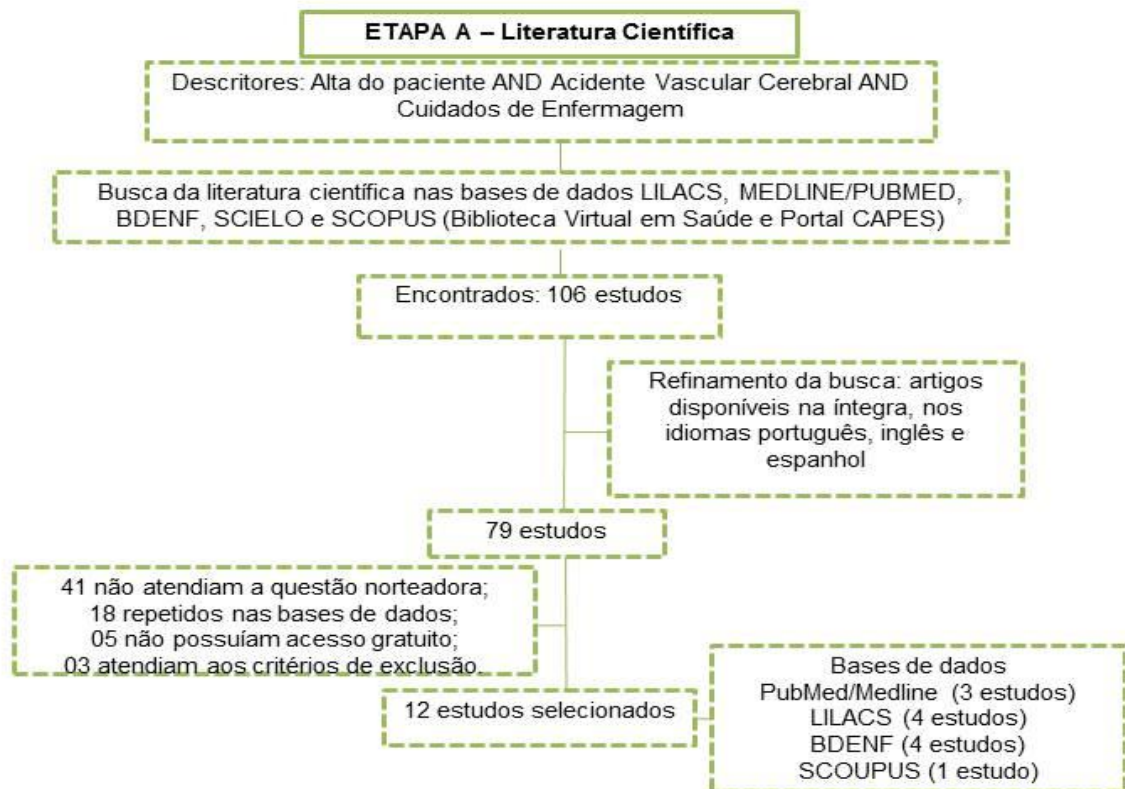
Para a análise do nível de evidência da pesquisa, considera-se (POLIT; BECK, 2011):

- Nível I - estudos relacionados com a metanálise de múltiplos estudos controlados;
- Nível II - estudos experimentais individuais;
- Nível III - estudos quase-experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós teste, além de séries temporais ou caso-controle;
- Nível IV - estudos não experimentais, como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, com abordagem qualitativa e estudos de caso;
- Nível V - dados de avaliação de programas e obtidos de forma sistemática;
- Nível VI - opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislações.

As informações colhidas dos artigos foram utilizadas para a elaboração do roteiro de entrevista para a coleta de dados junto às pacientes e/ou seus cuidadores presentes na instituição hospitalar durante o período de internação na Unidade de AVC.

No fluxograma 1, encontram-se descritas as fases da elaboração da revisão integrativa.

Fluxograma 1 - Fases da elaboração da revisão integrativa, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.1.2 Estudo descritivo

Os estudos descritivos visam entender melhor o fenômeno a ser estudado a partir das dúvidas e preocupações de pacientes e cuidadores familiares considerando-as como importantes subsídios para o desenvolvimento da segunda etapa da investigação (POLIT; BECK, 2011).

4.2.1.2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará localizado no território da Secretaria Executiva Regional II (SER II), localizado no município de Fortaleza, Estado do Ceará, que se caracteriza pela Atenção Terciária à Saúde, referência em procedimentos de alta complexidade e atendimento emergencial em relação ao AVE.

O mesmo é composto por uma unidade de internação que presta atenção de saúde aos pacientes vítimas de AVE, internados no hospital oriundos do atendimento emergencial. Tal unidade foi inaugurada em outubro de 2009 e é especializada no tratamento de AVE agudo que, conforme Moro et al. (2009), se caracteriza por ser associada com serviços neuro-intervencionistas, apresentando duração média de internação de cinco a oito dias.

Esta unidade conta com vinte leitos disponíveis, sendo dois leitos destinados aos pacientes que farão tratamento com agente trombolítico intravenoso. Exerce atividade uma equipe multidisciplinar composta pela equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), médicos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacionais e residentes de áreas multiprofissionais. A equipe de enfermagem, especificamente, possui profissionais que atendem na emergência por meio da identificação dos casos suspeitos de AVE no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e na própria unidade.

4.2.1.2.2 Período de coleta de dados

A coleta de dados do estudo descritivo ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2016 e teve seu início após o trâmite em Comitê de Ética em Pesquisa das duas instituições.

4.2.1.2.3 População e Amostra

A população que integrou a primeira fase da pesquisa foi composta por pacientes acometidos por AVE e que estavam internados na unidade de AVC do hospital cenário do estudo e/ou seus cuidadores durante os meses de novembro e dezembro de 2016.

Para o cálculo da amostra dos pacientes e/ou cuidadores, utilizou-se a média de 65 pacientes ao mês considerando-se em média de seis dias de internação, de acordo com os registros existentes na unidade estudada.

Como critérios de inclusão para os pacientes foram considerados: idade superior ou igual a 18 anos, possuir diagnóstico de AVE confirmado clinicamente e por exames complementares (Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética) e estar internado na unidade em estudo. Salienta-se que nos casos de

pacientes afásicos, a coleta foi complementada ou realizada com os acompanhantes cuidadores.

Como critérios de exclusão foram considerados: ter diagnóstico prévio de outras doenças neurológicas vasculares ou que pudessem levar a sequelas cognitivas além das causadas pelo AVE, tais como Trombose Venosa Central, Parkinson e Alzheimer. Pacientes em ventilação mecânica em uso de sedação e/ou analgesia e sem acompanhantes cuidadores também foram evitados.

A amostra final do estudo foi composta por 63 pacientes.

4.2.1.2.4 Coleta de dados

Para a elaboração do protocolo de alta hospitalar do paciente vítima de AVE na primeira etapa, a coleta de dados foi desenvolvida com pacientes e/ou cuidadores por meio de uma entrevista semiestruturada, gravada com a anuência do participante e/ou acompanhante cuidador, utilizando um roteiro de perguntas (Apêndice B) elaborado pela autora com o qual foram levantados os dados sociodemográficos, história pregressa e atual de doença, principais Necessidades Humanas Básicas (NHBs) identificadas em exame físico e as questões norteadoras: O que o (a) senhor (a) entende por alta hospitalar? Quais os cuidados recebidos nesta internação considerados difíceis para continuar em casa? Quais preocupações com os cuidados no domicílio em relação às sequelas do AVE? Quais as suas dúvidas quanto aos cuidados necessários após a alta? O (a) senhor (a) recebeu informações sobre os cuidados no domicílio após alta hospitalar e por qual profissional? Nos casos em que as respostas não contemplaram as perguntas norteadoras, foram realizadas perguntas complementares.

4.2.1.2.5 Análise dos dados coletados com pacientes e/ou cuidadores

Os dados quantitativos coletados pela aplicação do instrumento de coleta de dados foram armazenados em um banco de dados do *software Excel for Windows* e transportados para o *software SPSS* versão 20.0 para análise descritiva, apresentados em tabelas com recurso da estatística.

Quanto aos dados obtidos por meio das questões abertas, foram transcritos na íntegra no *software Word for Windows* e tratados pela análise de conteúdo em duas fases.

Na primeira fase formou-se um *corpus* textual das questões com a devida identificação de cada entrevista no *software Open Office 4.1.1*. Em seguida, o mesmo foi transportado para o *software* de análise textual IRAMUTEQ®, um *software* gratuito e com fonte aberta, que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas, indivíduos/palavras, com a utilização dos recursos da formação de classes e nuvens de palavras.

A fim de se ter uma análise que permitisse melhor compreensão dos dados subjetivos, considerando-se satisfatório pelo *software* um aproveitamento igual ou superior a 75%, utilizou-se também a análise de conteúdo.

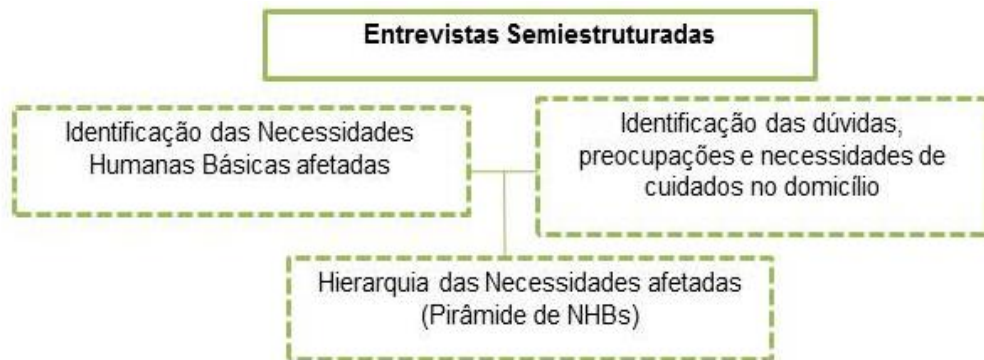
Na segunda fase, com vistas a complementar a análise anterior utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2010) em suas etapas: 1) pré-análise, com a leitura superficial e escolha dos discursos mais significativos para análise dos resultados; 2) exploração do material, pela definição de categorias e unidades de contexto do discurso; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, por meio do destaque das informações, resultando nas interpretações inferenciais e na análise crítica, optando-se pela análise categorial. Ao final houve a comparação entre os dois recursos de análise utilizados com a disposição das semelhanças, diferenças e complementação das classes e categorias formadas.

Os discursos decorrentes das entrevistas foram apresentados no texto e identificados como EP para pacientes e EA para acompanhantes seguidos do número arábico que os identificavam na pesquisa.

A interpretação e análise dos dados foram pautadas na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e na literatura nacional e internacional sobre AVE, alta hospitalar e cuidados de enfermagem.

No fluxograma 2, encontram-se descritas as fases da elaboração do estudo descritivo.

Fluxograma 2- Fases da elaboração do estudo descritivo, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborada pela autora.

ETAPA B – Estudo metodológico

Os estudos metodológicos envolvem o desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos que podem ser executados por meio de métodos mistos com análise quantitativa e qualitativa dos dados (POLIT; BECK, 2011).

Na segunda etapa, para a elaboração das diretrizes, a mesma foi realizada com base na literatura revisada e nos resultados dos pacientes e/ou cuidadores na etapa anterior e ocorreu no mês de janeiro de 2017, após a análise dos dados da primeira fase de do estudo.

Seguiu-se assim os fundamentos apontados por Echer (2005) que enfatiza a necessidade da busca de conhecimento científico sobre o tema, a escolha de uma linguagem acessível e informações relevantes, a participação dos profissionais envolvidos, bem como de pacientes e familiares e a necessidade de atualização dos mesmos, além da convicção do rigor científico. Para tanto, foram realizadas adaptações pela pesquisadora para a aplicação ao objetivo desta pesquisa, e realizadas em 5 fases, sendo elas:

A - Levantamento do conteúdo

Nesta fase houve a busca na literatura científica atualizada sobre os conteúdos relevantes para o cuidado aos pacientes acometidos por AVE após a alta

hospitalar com foco nas suas NHBs, a fim de complementar e gerar embasamento teórico aos achados posteriores com os pacientes.

B - Análise dos resultados coletados com os entrevistados

Esta fase resultou da análise quantitativa e qualitativa gerada a partir das entrevistas realizadas com os pacientes e/ou familiares/cuidadores.

De acordo com o foco do estudo foram analisadas as principais NHBs afetadas e os discursos dos pesquisados a fim de possibilitar a análise dos mesmos de acordo com a literatura atual e a Teoria das Necessidades Humana Básicas de Wanda Horta.

C - Seleção e fichamento do material

Simultaneamente a análise dos resultados da primeira coleta de dados e leitura do conteúdo, assim, elencaram-se as NHBs afetadas que contribuíram para a construção de diretrizes, a partir da Pirâmide das Necessidades afetadas (Figura 2) e das principais dúvidas, preocupações e necessidades de cuidados mais citadas durante as entrevistas com os pacientes e/ou acompanhantes com o foco na alta hospitalar, para subsidiar os cuidados no domicílio, visando assim, preparar melhor os familiares e/ou cuidadores.

Nesta fase surgiram os primeiros tópicos das diretrizes, de maneira objetiva, clara e que possuíam uma lógica que atendia as necessidades percebidas nas fases anteriores.

D - Elaboração textual

Esta fase representou a elaboração das orientações com a criação dos textos que representavam cada necessidade abordada, com foco em linguagem clara, simples e objetiva que permitisse facilmente a compreensão tanto pelos próprios pacientes quanto pelos familiares e/ou cuidadores no domicílio.

Para cada necessidade identificada, foram elencadas as principais orientações a serem realizadas, bem como possíveis soluções e informações sobre a continuidade do tratamento.

De acordo com as principais dúvidas e preocupações dos pacientes e familiares foi criado um tópico sobre orientações para o uso de medicações.

E - Organização espacial do texto

O material elaborado pela autora foi individualizado, com vistas a tornar-se parte dos documentos referentes à alta hospitalar dos pacientes, foram elaborados dois materiais, sendo eles:

a) Para enfermeiros: Planejamento dos cuidados e realização da estratégia educativa durante a internação organizado em três partes:

- Parte 1 - Orientações de preenchimento individualizado

Para facilitar o preenchimento correto das diretrizes, utilizou-se um quadro com explicações que orientam e esclarecem a estratégia educativa pelos enfermeiros.

- Parte 2 - Dados de identificação

Nesta parte, há a identificação de cada paciente com o registro do nome completo, número de prontuário, data de nascimento, nome da mãe, idade, sexo e datas de admissão e alta hospitalar.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina desde a admissão até sua alta (BRASIL, 2013).

- Parte 3 - Orientações baseadas nas NHB afetadas

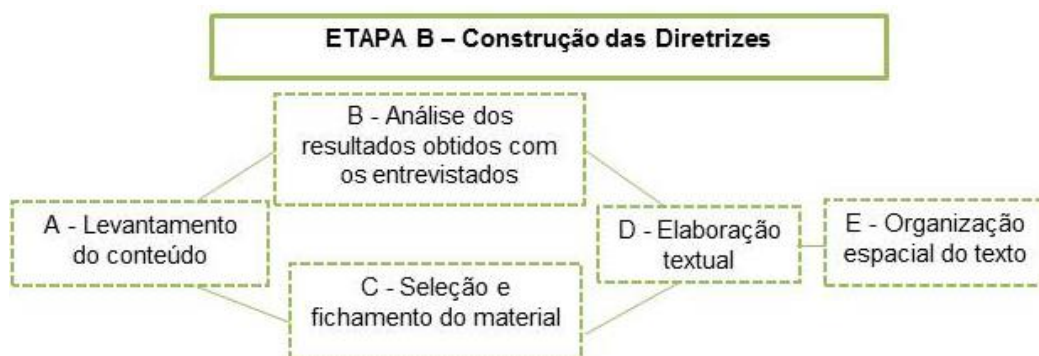
No material destinado ao uso pelos enfermeiros no ambiente hospitalar com a finalidade de realizar as primeiras orientações acerca dos cuidados no domicílio, em cada tópico do material educativo, foram colocados parênteses a serem preenchidos de acordo com as necessidades de cada paciente a fim de que as orientações sejam individualizadas e adequadas.

A organização textual nos tópicos se deu a partir da literatura sobre o tema e por meio de quadros com as informações de maneira simplificada para promover as orientações dos pacientes e familiares e/ou cuidadores.

- b) Para paciente e seus familiares e/ou cuidadores: Principais recomendações das diretrizes para o cuidado no domicílio, baseado nas NHBs, organizado de maneira ilustrativa com quadros interligados e acerca do uso de medicações, com espaço para o preenchimento dos horários dos medicamentos, programação de consultas e acompanhamento aos serviços de saúde.

No fluxograma 3 observam-se as fases aplicadas na elaboração do estudo metodológico.

Fluxograma 3 – Organização das fases aplicadas na elaboração do estudo metodológico, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborada pela autora.

Aspectos éticos e legais

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com Parecer nº 1.634.724, CAAE nº57468516 9. 0000 5534 (ANEXO A) e também encaminhado e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital cenário do estudo, Parecer nº 1.829.054, CAAE nº57468516. 9. 30015040 (ANEXO B). Durante a coleta dos dados os pesquisados foram esclarecidos sobre a pesquisa, as finalidades e as contribuições.

Quanto aos riscos, como constrangimento ou desconforto, a pesquisadora esteve atenta para minimizá-los suspendendo a coleta de dados até que o paciente ou cuidador se sentisse em condições de decidir continuá-la naquele momento, remarcar ou mesmo desistir de participar. Como benefício desta etapa da pesquisa foi esclarecido algumas dúvidas acerca da doença.

Acredita-se ainda que os pacientes e seus familiares/cuidadores serão beneficiados com os conhecimentos produzidos neste estudo acerca das orientações sobre como continuar os cuidados após a alta hospitalar, diminuindo as dúvidas, inseguranças e na melhoria dos cuidados prestados na residência de acordo com as necessidades humanas básicas após o Acidente Vascular Encefálico.

Foi garantida ao participante e/ou acompanhante sigilo de identidade, liberdade de aceitar ou não o convite para participar e possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa. Após aceitação do convite, o participante assinou o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Apêndice A) confirmando que estava ciente de todas as informações afirmando que sua participação era voluntária, de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012c). O mesmo foi assinado pelo pesquisador responsável e o pesquisado em duas vias, sendo uma de posse do pesquisador e a outra de posse do pesquisado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estão organizados em duas partes distintas, sendo elas:

PARTE 1- Levantamento dos saberes

Nesta parte estão apresentados os achados a revisão integrativa da literatura das publicações indexadas *online* nas bases de dados nacionais e internacionais, com ênfase nas orientações e estratégias utilizadas para promoção do cuidado dos pacientes acometidos pelo AVE no domicílio, após a alta hospitalar.

Além disso, encontra-se também os dados decorrentes da entrevista semi-estruturada, estão distribuídos e descritos em 2 partes, sendo elas: 1. Dados Sociodemográficos, Clínicos e Necessidades Humanas Básicas (NHBs); e, 2. Percepções sobre os aspectos que envolvem a alta hospitalar.

PARTE 2 – Construção da tecnologia educativa

Nesta parte encontra-se a distribuição dos resultados referentes a elaboração do material educativo seguindo-se os passos do estudo metodológico.

PARTE 1- Levantamento dos saberes

- **Revisão Integrativa da Literatura**

No Quadro 3, estão apresentados os resultados das publicações quanto à identificação do estudo (autores, título, periódicos, ano de publicação e país de origem), delineamento metodológico, objetivo e variáveis de interesse da revisão integrativa (principais achados e estratégias encontradas na literatura para orientações de alta hospitalar).

De acordo com a análise das publicações selecionadas, evidenciou-se que (4; 33,3%) foram encontrados na bases de dados LILACS, (4; 33,3%) na BDENF, (3; 30%) na Pubmed/MEDLINE e (1; 3,4%) na SCOPUS, com maior

concentração nos últimos 5 anos e com maior quantidade de publicações no nos anos de 2012 e 2013.

Os dados mostraram, ainda, que há um incremento de publicações que visam a compreensão dos fenômenos que implicam no momento de transição do ambiente hospitalar para o retorno ao domicílio, principalmente com um caráter subjetivo acerca dos cuidados necessários e sentimentos dos cuidadores.

Quadro 3 - Caracterização dos artigos segundo identificação, delineamento, nível de evidência e estratégias encontradas na literatura para orientações de alta hospitalar cronologicamente decrescente, Fortaleza, CE, BR, 2016.

(continua)

Autores	Título	Ano/Periódico/ País	Delineamento*/ Nível de evidência**	Objetivo	Estratégias encontradas na literatura para orientações de alta hospitalar
BETTGER, J.P.; McCOY, L.; SMITH, E.E.	Contemporary trends and predictors of post acute service Use and routine Discharge home after stroke	2015/ J. Am. Heart Assoc./ EUA	Retrospectivo de coorte/ III	Examinar as tendências de alta para hospitais de reabilitação, instalações de enfermagem especializada, com e sem assistência domiciliar profissional.	Consulta do destino do paciente
BONELLI, M.A.et al.	Acidente vascular cerebral: importância do conhecimento para cuidadores após a alta hospitalar	2014/ CuidArte, Enferm./ Brasil	Exploratório, descritivo e longitudinal/ IV	Identificar, na relação de cuidadores com pacientes após acidente vascular cerebral, as dificuldades relacionadas ao cuidado e a importância das orientações para qualificar o cuidado.	Elaboração uma cartilha baseada na teoria de Maslow; Treinamento dos cuidadores e aplicação de questionário
CHAN, L.et al.	Does post-acute care site matter? A longitudinal study assessing functional recovery after a stroke	2013/ Arch. Phys.Med.Rehabil./ EUA	Prospectivo de Coorte/ III	Determinar o impacto do local de cuidados pós- agudos nos resultados do AVC (hospitalar, instalações de enfermagem especializada e domiciliar).	Utilização de uma escala para mensurar 3 domínios: mobilidade básica, atividade diária e função cognitiva aplicada

(continua)

RODRIGUES, R.A.P. et al.	Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa	2013/ Rev. Latino-Am. Enfermagem/ Brasil	Estudo de caso etnográfico instrumental/ IV	Examinar a transição do cuidado em famílias que cuidam de idosos que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral.	Proposta de um modelo de cuidados para a transição
SOUZA, N.P.G.; MANIVA, S.J.C.F.; FREITAS, C.H.A.	O conhecimento de acompanhantes/cuidadores de vitimados por acidente vascular cerebral no contexto hospitalar	2013/ Rev. Enferm. UERJ/ Brasil	Descritivo/ IV	Buscar o conhecimento sobre o cuidar de acompanhantes/cuidadores de pacientes hospitalizados por acidente vascular cerebral.	Uso de escala Barthel e Rankin modificada e entrevista com cuidadores
PAIVA, R.S.; VALADARES, G.V.; PONTES, J.S.	A necessidade de tornar-se cuidador familiar: Teoria Fundamentada em Dados	2012/ Online Braz.J.Nurs./ Brasil	Teoria Fundamentada nos Dados/ IV	Discutir a relação da família com a alta hospitalar no que tange as manifestações, as atitudes, os sentimentos e as práticas	Desvelamento das situações percebidas pelo cuidador
ARAÚJO, J.S. et al.	A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores	2012/ Rev. Min. Enferm./ Brasil	Exploratório e descritivo/ IV	Identificar e analisar as representações sociais dos cuidadores de pacientes sequelados após acidente vascular cerebral sobre o cuidado prestado.	Representações sociais do cuidar no domicílio
ROECKER, S. et al.	Vivência e adaptação da família com o acidente vascular encefálico e atuação de um projeto de assistência a essas famílias	2012/ Acta Scientiarum. Health Sciences/ Brasil	Descritivo, Estudo de caso/ IV	Compreender a vivência e o processo de adaptação da família em virtude do AVE e descrever as ações desenvolvidas por um projeto de assistência no domicílio.	Promoção de orientações para o cuidado no domicílio

(conclusão)

ISRAEL,N.E.N.; ANDRADE, O.G.; TEIXEIRA, J.J.T.	A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional	2011/ Ciênc. Saúde Coletiva/ Brasil	Descritivo e qualitativo/ IV	Identificar características e percepções do cuidador familiar quanto ao processo de recuperação física de idosos que receberam alta hospitalar em condição de incapacidade funcional.	Aplicação de escala de Barthel em 2 momentos
ANDRADE L.M.et al.	A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral	2009/ Rev. Esc. Enferm. USP/ Brasil	Descritivo, exploratório e quantitativo/ IV	Identificar a problemática da família de pessoas acometidas de acidente vascular cerebral hospitalizadas e discutir as dificuldades do cuidador familiar para o cuidado no âmbito domiciliar.	Busca das problemáticas que envolvem o cuidador e pacientes durante e após a internação
HEDBERG, B.; JOHANSON, M.; CEDERBORG, A.	Communicating stroke survivors' health and further needs for support in care-planning meetings	2008/ J.Clin.Nurs./ EUA	Abordagem quantitativa e qualitativa/ IV	Conhecer os assuntos abordados em reuniões de planejamento da alta hospitalar após o AVC com a participação dos pacientes, familiares e profissionais.	Reuniões para discutir as necessidades para planejar a alta
PERLINI, N.M.O.G.; FARO, A.C.M.	Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar	2005/ Rev. Esc. Enferm. USP/ Brasil	Exploratório, descritivo e quantitativo/ IV	Identificar e descrever as atividades do familiar que cuida de pessoas incapacitadas por AVC no domicílio.	Busca das atividades desempenhadas pelo cuidador

*Delineamento de acordo com a descrição dos autores nas publicações; **O nível de evidência dos estudos foi determinado segundo a classificação de Polit e Beck (2011).

Fonte: Elaborado pela autora.

Como mostram os dados, o Brasil liderou o número de publicações (9; 75%), as demais foram produzidas nos Estados Unidos da América. Tal achado demonstra que o Brasil está abordando em seus estudos a preocupação com o destino dos pacientes e os cuidados que os mesmos receberão quando retornarem ao domicílio, bem como, as relações com os seus cuidadores.

Os estudos americanos ressaltavam as condições de dependência do paciente e os diversos locais que dispõem o sistema de assistência à saúde para continuidade do tratamento (hospitalar, instalações de enfermagem especializada e domiciliar), evidenciando que a reabilitação em instituições hospitalares precocemente resultou em uma alta para instalações de enfermagem especializada ou o domicílio com melhores condições de reabilitação (CHAN et al., 2013; BETTGER; McCOY; SMITH, 2015).

Apenas um estudo americano enfatizou a participação do paciente, familiar e profissional no planejamento da alta, por meio de um olhar subjetivo da situação (HEDBERG; JOHANSON; CEDERBORG, 2008).

Dos artigos incluídos na revisão (8; 66%) foram publicados em periódicos de Enfermagem em geral, (2; 17%) em revistas médicas, e (2; 17%) em revistas com foco em saúde coletiva. Isto deve refletir a necessidade de mais estudos produzidos por enfermeiros e publicados em revistas que buscam a interdisciplinaridade e permitam o diálogo entre os diversos profissionais para despertar a importância da atenção aos familiares e cuidadores após o AVE.

Quanto ao delineamento, sobressaíram-se: pesquisas descritivas, exploratórias, longitudinais e com abordagens quantitativa e qualitativa. Estes delineamentos mostram a forte tendência dos estudos produzidos pelos enfermeiros caracterizados como nível de evidência III e IV, surgindo, portanto, uma lacuna a ser preenchida com a produção de estudos do tipo ensaio clínico que abordem a temática.

Em relação aos tipos de estratégias implementadas para verificar os cuidados necessários no domicílio, observaram-se estratégias voltadas para o conhecimento das relações entre o paciente e seu cuidador, bem como o significado da prática do cuidado na visão dos cuidadores, tanto no âmbito hospitalar quanto no domicílio após a alta hospitalar.

Entre as estratégias, destacam-se a aplicação de escalas de avaliação funcional dos pacientes (ISRAEL; ANDRADE; TEIXEIRA, 2011; CHAN et al., 2013;

SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013), elaboração de uma proposta de um modelo de cuidados (ROECKER et al., 2012), elaboração e aplicação de material educativo (BONELLI et al., 2014) e sobretudo, estratégias que buscam a compreensão dos fenômenos sociais envolvidos, como, por exemplo, a Teoria das Representações Sociais (ARAÚJO et al., 2012).

Desta maneira, observa-se que atualmente há um movimento de tendência de preocupação com a realidade em que está inserido o paciente no momento de transição para o domicílio. Os estudos abordaram a percepção da dependência funcional dos pacientes resultando em necessidade de cuidados a serem desempenhados com o auxílio de cuidadores, sejam eles familiares ou não, precisando, portanto, de orientações proporcionadas pelos profissionais.

Observou-se que os achados dos estudos convergiram na ideia de que os pacientes necessitavam de cuidados pelo fato de possuírem alteração sensório-motora que os impediam de realizar suas atividades autonomamente. Tais dependências são identificadas ainda durante o período da internação e que, possivelmente, permanecerão no domicílio.

Os graus de incapacidade do paciente determinam os níveis de dependência por cuidado e, conseqüentemente, tendem a comprometer família e sociedade, desafiando o cuidador, em especial os idosos, que apresentam normalmente maiores incapacidades que resultam em uma reabilitação mais demorada (ISRAEL; ANDRADE; TEIXEIRA, 2011; PAIVA; VALADARES; PONTES, 2012; RODRIGUES et al., 2013).

Araújo et al. (2012) afirmam que o cuidador é representado pela pessoa que presta cuidados a outra pessoa que esteja necessitando, por limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração, podendo ser um familiar ou não.

Estas incapacidades geram demanda de cuidados que exige do cuidador habilidades para a realização dos mesmos. Assim, os estudos convergiram na identificação das principais necessidades de cuidados dos pacientes no domicílio após a alta hospitalar.

Desta maneira as necessidades, elencadas nos estudos atendiam, principalmente as de caráter psicobiológico, que resultavam na realização das atividades básicas de vida diária dos indivíduos.

O preparo e administração da alimentação, banho, prevenção de lesões por pressão, cuidados com oxigenação e com o bem-estar do paciente foram

algumas das necessidades de cuidados elencadas, bem como o auxílio para a troca de roupa, na deambulação dentro do domicílio e na movimentação do paciente no leito (PERLINI; FARO, 2005; ROECKER et al., 2012; BONELLI et al., 2014).

Estas necessidades precisam de cuidados específicos realizados pelos cuidadores de acordo com a gravidade dos pacientes e a possibilidade do estímulo a sua autonomia para a realização das tarefas.

Em alguns estudos foi possível verificar que os cuidados foram realizados com ênfase na individualidade dos pacientes, respeitando as situações psicossociais dos mesmos, com o enfoque na subjetividade e na realidade em que estão inseridos e mantendo a integridade física e mental como enfrentamento do medo das adaptações, estimulando e favorecendo a comunicação entre cuidador e paciente (ANDRADE et al., 2009; ROECKER et al., 2012).

Entretanto, a realização destes cuidados também era percebida com algumas limitações pelos cuidadores, e, ainda no hospital, demonstravam temor ao retornar ao domicílio e ter que continuar os cuidados como por exemplo, realização do banho que geralmente demanda a pessoa que o está realizando esforço físico, organização e intimidade, independente de o paciente ser totalmente dependente ou poder colaborar de alguma forma; o preparo da alimentação exige responsabilidade e muitas vezes os familiares não delegavam a terceiros; a administração dos medicamentos; e a substituição do cuidador em suas ausências, face a preocupação em dar continuidade ao cuidado (PERLINI; FARO, 2005; ANDRADE et al., 2009).

A este temor da continuidade destes cuidados, iniciados ainda no ambiente hospitalar e continuados no domicílio advêm diversos aspectos que envolvem a figura do cuidador do paciente após AVE e suas demandas individuais e coletivas que precisam de um momento claro de transição.

Portando, o que se observou nos estudos foi que entre os aspectos que influenciam a prática do cuidado nesta transição estão presentes a preocupação com os filhos, o afastamento do trabalho, sobretudo por acarretar prejuízos financeiros no âmbito familiar, as alterações na vida diária da família, a exposição a inúmeros eventos geradores de medo, angústia e insegurança e sobrecarga (ANDRADE et al., 2009; ARAÚJO et al., 2012).

O que pode ser observado é que, nessa transição, o processo de cuidar depende da cultura da sociedade e da própria família.

Cada família concebe esse cuidado que foi construído ao longo da história com seus conhecimentos, hábitos, costumes, linguagens, crenças, ambientes familiares e a rede de relações construídas com o indivíduo, assim como, o impacto da doença na família é muito forte, e pode envolver alterações de ordem afetiva, financeira, nas relações de poder e outras variáveis, dependendo do processo de organização familiar (ANDRADE et al., 2009; RODRIGUES et al., 2013).

A capacidade de adaptação a esta nova situação pelos cuidadores demanda tempo, tendo em vista que no início, de acordo com seus relatos, há muitas dificuldades, mas com o tempo eles incorporam às atividades de tarefas domésticas suas rotinas diárias (ROECKER et al., 2012).

Assim, tornam-se necessárias intervenções profissionais que busquem a orientação dos cuidadores e pacientes para as situações a serem vivenciadas neste momento de transição entre o ambiente hospitalar e o domicílio. Pode-se observar nos estudos que, em geral, as orientações oferecidas a este público são escassas ou inexistentes por parte dos membros da equipe de saúde, sobretudo do enfermeiro.

Em alguns estudos que foram identificadas orientações, as mesmas não foram suficientes para possibilitar aos cuidadores prestar uma assistência eficaz e segura, talvez possam até ter contribuído para mais temores, com pouco valor atribuído ao treinamento de familiares, uma vez que geram dificuldades e/ou impossibilitam (PERLINI; FARO, 2005; BONELLI et al., 2014).

Em estudo realizado por Souza, Maniva e Freitas (2012) a ausência de atividades educativas que visem à orientação dos pacientes e seus cuidadores tornou a análise da situação preocupante tendo em vista que nenhum dos cuidadores afirmou ter recebido preparação específica para desempenho de tais cuidados, ou seja, os executavam de forma empírica.

Este modo empírico de fazer, baseado apenas na observação das atividades realizadas durante a internação pela equipe de enfermagem, pode trazer consequências graves aos pacientes no domicílio, colocando-os em risco pela geração de dúvidas, desconhecimento e instinto de cuidar.

É importante que todos estejam amparados nesses momentos de crise, dúvidas e incertezas, sendo imprescindível pensar nas necessidades e desejos de

pacientes e familiares objetivando prepará-los para o cuidado no domicílio (PAIVA; VALADARES; PONTES, 2012).

Neste sentido, percebeu-se nos estudos a necessidade dos enfermeiros se aproximarem mais dos pacientes e cuidadores com vistas a promoção de orientações que foquem os cuidados necessários no domicílio, para tanto o enfermeiro deve se relacionar como cuidador, ainda no ambiente hospitalar, deve partir da valorização da experiência que esta pessoa já possui, deve representar uma área de aprendizagem bidirecional, reconhecendo que neste relacionamento todos têm que aprender (ROECKER et al., 2012).

Além deste aprendizado mútuo entre enfermeiro, paciente e cuidador, o profissional deve está preparado para compreender que para o paciente e seu cuidador o ambiente hospitalar representa uma situação temporária na sua vida, enquanto a família é uma instituição permanente que o assiste.

Por isso, o incentivo à alta, dos pacientes brevemente, impõe um desafio constante ao enfermeiro, tendo em vista que devem preparar os pacientes e famílias para reorganizarem suas vidas em seus lares de modo que possam assumir os cuidados próprios ou de familiares em poucos dias, detectando, prevenindo e controlando situações que possam ocorrer. Afinal, a fase final da recuperação acontecerá no domicílio (PERLINI; FARO, 2005).

O enfermeiro é compreendido como o profissional responsável por estabelecer o elo entre os demais profissionais, visando proporcionar bem-estar e recursos necessários para garantir a segurança do cuidado após a alta hospitalar (PAIVA; VALADARES; PONTES, 2012). Isto, porém, não reduz a responsabilidade compartilhada entre os demais membros da equipe em planejar as atividades a serem desenvolvidas no domicílio em cada área de atuação específica.

Desta maneira, com esta revisão integrativa foi possível perceber quais os principais focos que envolvem a alta hospitalar no processo de transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio após o AVE.

- **Entrevista: olhar objetivo e subjetivo dos sujeitos**

1. **Dados Sociodemográficos e Clínicos e Necessidades Humanas Básicas (NHBs)**

1.1 Dados Sociodemográficos e Clínicos

Os resultados deste estudo decorrentes de uma amostra de 63 pacientes acometidos por AVE estão apresentados na Tabela 1, considerando-se a idade, sexo, cor, quantidade de filhos, anos de estudo, vínculo empregatício, religião e estado civil.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes acometidos por AVE, Fortaleza, CE, BR, 2017.

Variáveis	f	%	$\bar{x}$	dp
Idade			63,8	$\pm 14,9$
Sexo				
Masculino	36	57,1		
Feminino	27	42,9		
Cor (autodeclarada)				
Branco	21	33,3		
Pardo	39	61,9		
Negro	3	4,8		
Estado civil				
Casado	38	60,3		
Não casado	25	39,7		
Número de filhos			4,2	$\pm 3,2$
Anos de estudo			10,2	$\pm 4,9$
Trabalha				
Sim	18	28,6		
Não	14	22,2		
Aposentado	31	49,2		
Religião				
Católica	47	74,6		
Não católica	16	25,4		

Fonte: Elaborada pela autora.

Estes pacientes tinham em média com 63,8 anos, com desvio padrão de $\pm 14,9$ anos. Representados em maior parte do sexo masculino (36; 57,1%), pardos (39; 61,9%), com filhos (56; 88,9%), em média 10,2 anos de estudo, maior parte aposentados (31; 49,2%), renda familiar de R\$ 1.982,00, em média, 4 pessoas residem no domicílio e católicos (47; 74,6%).

Em estudo realizado em Fortaleza, no ano de 2015, com 100 pacientes, observou-se que houve a predominância de participantes com idade acima de 60

anos (59%), com companheiros (60%) e católicos (78%), corroborando com o presente estudo (ARAÚJO et al., 2015).

Com relação a renda familiar e a escolaridade, este estudo diverge dos achados de Rangel, Belasco e Diccini (2013), visto que os autores encontraram uma renda familiar de aproximadamente um salário mínimo e uma escolaridade afetada por poucos anos de estudo. Ainda segundo estes autores, a escolaridade mais elevada aponta para o aumento da sobrevivência, melhor controle de fatores de risco das doenças cardiovasculares e maior capacidade de retornar ao trabalho.

Outra pesquisa realizada por Scalzo et al.(2010) com 47 pacientes com AVE, em Minas Gerais, verificou-se predominância discretamente maior na população masculina (54,7%), o que corrobora com os achados deste estudo.

Quanto à presença da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) os dados estão apresentados na Tabela 2, bem como as classes medicamentosas usadas pelos pacientes.

Tabela 2 - Distribuição de pacientes quanto ao diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, adesão ao tratamento medicamentoso e classes medicamentosas utilizadas, Fortaleza, CE, BR, 2017.

Variáveis	f	%
Hipertensão arterial sistêmica		
Sim	43	68,3
Não	20	31,7
Tratamento (n=43)		
Sim	32	74,4
Não	11	25,6
Classes anti-hipertensivos (n=32)		
Inibidores da ECA	12	22,2
Inibidores da AT1	16	29,6
Diuréticos	16	29,6
Beta bloqueadores	10	18,5
Diabetes Mellitus		
Sim	20	31,7
Não	43	68,3
Tratamento (n=20)		
Sim	14	70
Não	6	30
Classes hipoglicemiantes (n=14)		
Biguanidas	8	57,2
Sulfanilureias	4	28,6
Insulina	2	14,2

Fonte: Elaborado pela autora.

Os pacientes hipertensos tinham em média $5,9 \pm 7,1$ anos de diagnóstico e destes, (32; 74,4%) realizavam tratamento com drogas anti-hipertensivas.

A literatura associa fatores de risco às doenças cerebrovasculares e ressalta a HAS como um dos mais importantes e mais fortemente correlacionados ao AVE, bem como a terapia anti-hipertensiva é capaz de diminuir a morbidade e mortalidade por essa causa (ESCARCEL; MULLER; RABUSKE, 2010).

Em estudo realizado com 356 hipertensos, em uma Unidade Básica de Saúde no Paraná, observou-se que aproximadamente (59; 15,3%) dos mesmos já teriam apresentado eventos cardiocerebrovasculares, em especial o AVE e que destes 78,7% aderiam a terapia farmacológica (GIROTTI et al., 2013).

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) o tratamento medicamentoso para a HAS é recomendado como terapia eficaz mantendo-se uma pressão arterial (PA) inferior ou igual a 130x90 mmHg e representa, atualmente, decisivo na prevenção secundária para o AVE e/ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT). Ressaltando-se que o foco da prevenção é a redução da PA a estes valores independentes da classe medicamentosa escolhida.

Os pacientes diabéticos tinham em média 2,2 anos de diagnóstico com desvio padrão de $\pm 4,2$ anos, destes (14; 70%), realizavam tratamento com drogas hipoglicemiantes.

Este estudo evidenciou que aproximadamente um terço dos pacientes entrevistados eram diabéticos (20; 31,7%). Este dado, porém, diverge dos achados de alguns autores que encontraram 42% de diabéticos em uma amostra de 50 pacientes. (LIMA et al., 2015).

De acordo com os estudos o AVE manifesta-se em pacientes com DM em idade inferior a dos pacientes sem a doenças, além disso, as mulheres possuem maior risco. A presença de DM piora a evolução com o risco de recorrência, demência e a mortalidade aumentada acentuadamente (STEGMAYR; ASPLUND, 1995; TRICHES et al., 2009)

Neste estudo, observou-se escassez de estudos que trouxessem contribuições acerca da terapêutica medicamentosa dos pacientes com DM acometidos por AVE. Em estudo realizado no sul do país, 52% dos pacientes utilizavam hipoglicemiantes orais (biguanidas e sulfanilureias) e a insulina isoladamente era usada por 28% (SCHEFFEL et al., 2004).

Os resultados deste estudo com relação a prevalência de HAS e DM corroboram com os de Scalzo et al. (2010) em que 80,8% eram hipertensos e 14,9% diabéticos, respeitando-se as proporções em uma população de 47 pacientes.

Com relação à história de doenças pregressas, (27; 42,9%) dos pacientes apresentavam em média 5,9 anos de diagnóstico. Destes pacientes apenas (8; 12,7%) não faziam uso de medicação.

Ao questionar sobre estas comorbidades prévias (19; 39,6%) afirmaram algum tipo de cardiopatia, como episódio de infarto agudo do miocárdio, troca de válvula cardíaca e/ou arritmias; (17; 35,4%) tinham dislipidemia; (8; 16,7%) alguma pneumopatia, (2; 4,2%) possuíam função renal alterada e realizavam tratamento e (2; 4,2%) tinham história de câncer.

Dos pacientes estudados, (24; 38,1%) já haviam apresentado pelo menos um episódio de AVE prévio, dos quais (19; 30,2%) foram eventos isquêmicos e (5; 7,9%) foram hemorrágicos.

Diversos estudos corroboram que o AVE isquêmico mostra-se predominante em relação ao hemorrágico, em um estudo realizado em Minas Gerais com 47 pacientes no ano de 2010, foi identificado 72,3% com presença de isquemia e 27,7% tinham apresentado eventos hemorrágicos (ESCARCEL; MULLER; RABUSKE, 2010; SCALZO et al., 2010).

Quanto a episódio de Ataque Isquêmico Transitório (AIT) prévio, (9; 14,9%) dos pacientes apresentaram AIT, dos quais (7; 77,7%) apresentaram pelo menos uma vez.

Assim, considerando-se que 33 pacientes já tiveram algum tipo de evento cerebrovascular, seja ele um AVE ou AIT prévio, destes, (23; 69,6%) relataram usar algum tipo de medicação, sejam elas antiagregantes plaquetários e/ou anticonvulsivantes.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia (2013), pacientes que sobrevivem a um AVE, tem o risco aumentado de recorrência do AVE, sendo imprescindível a prevenção secundária de novos eventos. Desta maneira, o uso de medicações que atuam no bloqueio da agregação plaquetária reduz a taxa de eventos vasculares.

Quanto ao histórico familiar do pacientes, (52; 82,5%) possuem algum tipo de doença em algum familiar próximo, representando a maioria da amostra.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus foram identificados em, respectivamente, (50; 30,1%) e (34; 20,5%) dos familiares. Seguido das cardiopatias (27; 16,3%), câncer (24; 14,5%) e AVE (23; 13,9%).

Fatores como o uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, cardiopatias, histórico familiar de AVE, diabetes mellitus, dentre outros, também têm sido citados como fatores de risco importantes para o acidente vascular cerebral (LIMA et al. 2015).

Com relação aos principais sintomas no *ictus* do AVE, (57; 90,5%) tiveram alteração na força, (51; 81%) alteração na fala, (34; 54%) alteração na sensibilidade, (20; 31,7%) apresentaram cefaleia e (18; 28,6%) referiram tontura.

Conforme Lima et al. (2015) estudo com 50 paciente, realizado no Acre, seus achados mostraram que a maioria dos pesquisados (82%) relatou cefaleia, seguido de alteração na força (74%), alteração na fala (58%) e, náuseas, vômito e tontura (54%). O presente estudo também apontou predominância de déficits sensório-motores, porém percebe-se que houve uma menor incidência de cefaleia como sintoma associado ao *ictus*.

Dos pesquisados, quanto aos hábitos de vida como tabagismo, etilismo, uso prévio de anticoncepcional por mulheres estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos hábitos de vida dos pacientes, Fortaleza, CE, BR, 2017.

(continua)				
Variáveis	f	%	$\bar{x}$	dp
Tabagismo				
Sim	12	19,0		
Ex-tabagista	36	57,1		
Não	15	23,8		
Tempo de tabagismo			36	16,4
Tempo de ex-tabagismo			14,1	10,3
Etilismo				
Sim	12	19,0		
Ex-etilista	27	42,9		
Não	24	38,1		
Tempo de etilismo			28,5	14,8
Tempo de ex-etilismo			14,4	8,7

Tabela 3 – Distribuição dos hábitos de vida dos pacientes, Fortaleza, CE, BR, 2017.

(conclusão)				
Variáveis	f	%	$\bar{X}$	dp
Prática de atividade física				
Sim	24	38,1		
Não	39	61,9		
Alimentação equilibrada				
Sim	24	38,1		
Não	39	61,9		
Anticoncepcional				
Sim	12	44,5		
Não	15	55,5		

Fonte: Elaborada pela autora.

Os tabagistas possuem tempo médio de uso de 36 anos e desvio padrão de $\pm 16,4$ anos, como visualizado na Tabela 3. Já os ex-tabagistas pararam em média 14,1 anos, com desvio padrão de $\pm 10,3$ anos.

Os etilistas possuem tempo médio de uso de 28,5 anos e desvio padrão de $\pm 14,8$ anos, de acordo com a Tabela 3. Já os ex-etilistas pararam há em média 14,4 anos, com desvio padrão de $\pm 8,7$ anos.

Em estudo realizado em Fortaleza, com 180 pacientes com diagnóstico de AVE, observou-se que 31,9% eram tabagistas e 21,2% eram etilistas, que contrastavam com estudo na região Sudeste (CAVALCANTE et al., 2010).

De acordo com as Diretrizes para Cessação do Tabagismo elaborada por Araújo et al. (2004) após 5 anos de interrupção do tabagismo o risco para o AVE reduz e se igual ao risco dos não fumantes.

Quanto à prática de atividade física, 24 (38,1%) praticavam algum tipo de atividade física, das quais incluíam, caminhada, bicicleta, musculação e futebol, com uma frequência mínima de 2 vezes e máxima de 7 vezes na semana.

Em um estudo realizado com 64 prontuários, em Tocantins, mostrou que dentre os pesquisados, apenas 6,3% dos pacientes referiram praticar atividade física (RODRIGUES et al., 2013). Já em um estudo realizado em Florianópolis com 47 pacientes, 61,7% dos pacientes afirmaram praticar algum tipo de atividade física antes do AVE (MORO et al., 2013). Estes achados divergiram de este estudo, tendo em vista que foi relatado por (24; 38,1%) dos pacientes práticas de algum tipo de atividade física.

Com relação à alimentação, (39; 61,9%) relataram comer todos os tipos de comida, dentre elas, carnes, frutas, verduras, cereais, embutidos e principalmente, comidas gordurosas. Já (24; 38,1%) procuravam se alimentar apenas de alimentos considerados saudáveis para o organismo.

Segundo Leite et al. (2009), em estudo realizado com 82 pacientes em Minas Gerais, 94% dos pacientes investigados tinham uma dieta alimentar inadequada como um dos fatores de risco modificáveis presentes. Assim, em comparação com o presente estudo, observa-se a necessidade de maiores orientações que estimulem práticas alimentares saudáveis a fim de reduzir a incidência de eventos cerebrovasculares.

1.2 Necessidades Humanas Básicas (NHBs)

No que se refere as NHBs, o perfil dos pacientes foi identificado de acordo com as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais nos sistemas corporais.

1.2.1 – Necessidades Psicobiológicas

Dos participantes deste estudo com relação ao sensório e orientação dos mesmos, (47; 74,6%) estavam orientados temporal e/ou espacialmente e (9; 14,3%) apresentavam algum tipo de confusão sensorial.

De acordo com Nogueira e Nóbrega (2015) a regulação neurológica está relacionada à atividade mental, assim os pacientes estudados apresentavam uma boa resposta, tendo em vista que se apresentavam orientados e com o raciocínio preservado.

Quanto à oxigenação, (56; 88,9%) estavam em ar ambiente, dos quais (8; 14,2%) pacientes apresentavam tosse produtiva, e faziam uso de suporte respiratório (7; 11,1%), como a máscara de Venturi.

Horta (2011), afirma que a necessidade de oxigenação pode se manifestar de diversas maneiras, como cianose, dispneia, tontura, coriza, modificações no ritmo ou na frequência respiratória, podendo ser necessário, assim, algum tipo de suporte respiratório.

A nutrição e a hidratação dos estudados foi uma das principais necessidades afetadas identificadas, em virtude da mudança de consistência, redução de sódio e açúcar na dieta ou relativo ao uso de sondas. Quanto à ingesta de alimentos, (51; 81%) dos estudados mantinham a ingesta alimentar ou hídrica por via oral, porém destes, (22; 34,9%) na consistência branda, (15; 23,8%) pastosa, (12; 19%) espessada tipo mousse e apenas (2; 3,2%) líquida completa e que representavam uma mudança no padrão alimentar prévio. Quanto à hidratação, observou-se que (53; 85%) dos pacientes estavam com hidratação por via parenteral.

Dever-se salientar que os achados deste estudo demonstraram que quase a metade dos pacientes alimentava-se em outra consistência pela incapacidade clínica advinda do dano neurológico que incapacita a mastigação e/ou a deglutição.

Em estudo realizado em Fortaleza, em 2010, com 61 pacientes identificou-se que 72,1% apresentavam dificuldade para mastigar e 59%, dificuldade para engolir, sendo assim necessário mudança na consistência alimentar (OLIVEIRA et al., 2013).

Os demais pacientes, (12; 19%), faziam uso de sonda em posição gástrica e ainda estavam em regime total na dieta, pois ainda não possuíam condições clínicas de introduzir outras consistências para o desmame da sonda.

Alguns pacientes podem manifestar deficiências nutricionais devido ao acometimento, sendo necessária, na maioria das vezes, a utilização de um método que forneça o aporte calórico e que impeça o déficit nutricional. Assim, uma das intervenções terapêuticas pode ser a sondagem para alimentação (SOUZA et al., 2014).

Desta maneira, a fim de assegurar a continuidade do tratamento no domicílio, evitar complicações e reinternações desnecessárias dos pacientes em uso destes dispositivos, é imprescindível a realização de um plano de orientações e cuidados individualmente elaborado pela equipe que assiste o paciente, em especial pelo enfermeiro (KOLANKIEWICZ, 2010).

“O resultado da desordem na deglutição é prejuízo na manutenção do estado nutricional e na hidratação, ocasionando debilidade de órgãos vitais, aumento da suscetibilidade para infecções e aumento da mortalidade” (BRASIL, 2013, p. 47).

Em relação às eliminações, no que se refere às vesicais (19; 30,2%) dos pacientes neste estudo iam ao banheiro, (18; 28,6%) solicitavam aparadeira/papagaio, (12; 19%) utilizavam fraldas por incontinência e/ou urgência, (6; 9,5%) usavam fraldas por dificuldade na deambulação e (8; 12,7%) estavam com sonda vesical de demora em virtude de retenção urinária. Já com relação às eliminações intestinais, apenas (13; 20,6%) faziam uso de fraldas por incontinência e/ou urgência ou dificuldade na deambulação.

A incontinência urinária pode decorrer da hiper ou hiporreflexia da bexiga, distúrbios no controle do esfíncter e/ou perda sensorial. Os distúrbios da função intestinal podem envolver incontinência e diarreia ou constipação e impatção (PIASSAROLLI et al., 2012).

Estes distúrbios relacionados às eliminações demonstram a necessidade de cuidados de enfermagem a esses pacientes, tendo em vista a prevenção de feridas, bem como medidas que possam estimular a melhora nas eliminações.

Quanto à mobilidade física e locomoção, (5; 7,9%) estavam acamados, (11; 17,5%) possuíam alteração na força que implicasse na movimentação no leito, (16; 25,4%) conseguiam sentar-se com ou sem apoio e (31; 49,2%) tinham dificuldade na deambulação e precisavam de auxílio unilateral ou bilateralmente.

Com relação à locomoção dentro do domicílio devem-se levar em consideração alguns aspectos. Segundo Moraes et al. (2012, p. 121) os “objetos e móveis em excesso, associados à iluminação insuficiente do ambiente, aumentam o número de quedas por dificultarem a interpretação do espaço pelo indivíduo”. Além disso o tipo de piso, os apoios em paredes na casa, em banheiros, ao lado do vaso sanitário também são cuidados que a família deverá tomar, para ajudar o familiar em recuperação de AVE.

É importante ressaltar que a execução das atividades de vida diária, como alimentar-se, vestir-se, mudar de decúbito, andar, sentar, pegar objetos, entre outras, dependem e estão relacionadas ao controle postural.

A linguagem dos pacientes também foi visualizada como uma das necessidades afetadas, tendo em vista que (40; 63,5%) dos pacientes apresentavam algum grau de disartrias sejam elas leves, moderadas ou severas, e que (9; 14,3%) eram afásicos.

As disartrias são desordens que envolvem a produção da articulação e fonação de origem neurológica. Comumente observam-se a articulação imprecisa,

voz monótona em relação à frequência e à intensidade, rouquidão, soprosidade, voz fraca, hipernasalidade, voz tensa, velocidade de fala variável e pausas inapropriadas. Já as afasias apresentam-se como distúrbios que afetam os aspectos de conteúdo, forma e uso da linguagem oral e escrita, em relação à sua expressão e/ ou compreensão, envolvem os processos centrais de significação, seleção de palavras e formulação de mensagens (BRASIL, 2013).

A investigação da percepção sensorial dos pacientes também evidenciou que existiam modificações em parte dos entrevistados, assim, (25; 39,7%) apresentavam alteração sensitiva, (4; 6,3%) visual e (2; 3,2%) auditiva.

Em estudo realizado na Bahia em um núcleo de reabilitação com avaliação sensório-motora dos pacientes, foi evidenciado que dos 20 pacientes estudados, 70% possuíam alteração na percepção sensorial, sendo esta decorrente do AVE e que se mantiveram após a alta hospitalar (TELES; GUSMÃO, 2012).

Quanto à integridade física, (46; 73%) estavam preservadas, os demais pacientes (9; 14,3%) apresentavam lesão por pressão, (4; 6,3%) equimoses e (4; 6,3%) pruridos.

Em relação aos cuidados corporais dos pacientes e o seu grau de dependência, (36; 57,1%) possuíam dependência parcial, ou seja, necessitavam de alguma ajuda de cuidadores; (20; 31,7%) eram totalmente dependentes e (7; 11,1%) estavam independentes, não necessitando de auxílio de terceiros para realizar suas atividades básicas.

As consequências físico-funcionais impostas ao paciente decorrentes do acometimento neurológico, possivelmente, repercutirão no desenvolvimento de um grau de dependência total ou parcial por parte do indivíduo, principalmente, no primeiro ano após o AVC, havendo implicação na necessidade do cuidador para auxiliar nos principais cuidados (SCALZO et al., 2013).

O sono e repouso dos entrevistados também foi uma das necessidades afetadas evidenciadas neste estudo, (35; 55,6%) relataram não conciliá-lo bem, portanto, considerando-se prejudicados, (6; 9,5%) queixaram-se de insônia, e; (22; 34,9%) afirmaram conciliar bem.

As doenças do sono como a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), síndrome de pernas inquietas (RLS), e movimentos periódicos dos membros do sono (MPM), têm sido frequentemente descritos em pacientes com AVE. Medidas subjetivas para identificação de doenças e distúrbios do sono e suas

consequências como a sonolência excessiva diurna possuem limitações na sensibilidade e especificidade nesses pacientes, assim como devem ser observados fatores estressores como iluminação, sonoridade, conforto, temperatura (COELHO, 2012).

1.2.2 – Necessidades Psicossociais

Quanto a estas necessidades, com relação a comunicação, (41; 65,1%) estava preservada e (22;34,9%) estava prejudicada.

Como reflexo dos achados referentes às alterações da linguagem, percebe-se, neste estudo, que o fato dos pacientes apresentarem-se predominantemente disártricos, não impossibilitou a comunicação, porém foi perceptível o quanto influencia no processo de adaptação na reabilitação e enfrentamento pessoal e social sendo responsável pela compreensão do que se fala que são decorrentes da lesão cerebral (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011).

A autoestima dos pacientes foi considerada preservada em (47; 74,6%) dos mesmos e prejudicada em (16; 25,4%). Quanto à sociabilidade, (51; 81%) dos entrevistados possuíam boa interação social prévia ao AVE, tendo em vista o bom convívio com amigos, vizinhos e familiares e facilidade de fazer novas relações interpessoais, mantendo-se assim durante a internação e (12; 19%) mostravam-se mais isolados socialmente, com baixa interação com a equipe e cuidadores.

Andrade et al. (2009) apontam que diagnosticar e tratar um AVE não é apenas diagnosticar e tratar as incapacidades resultantes, é , sobretudo, permitir que o indivíduo retorne a interagir com o seu meio e se reinsira socialmente.

Com relação à segurança emocional durante o período de internação, observou-se que (25; 39,7%) apresentavam ansiedade, (19; 30,2%) possuíam uma labilidade emocional, oscilando entre o choro, a tristeza e riso.

Fernandes (2009) afirma que após um AVE são comuns complicações psicológicas a depende da região cerebral a ser afetada, como agitação, irritabilidade, agressividade, desinibição, depressão, apatia e insegurança, exigindo sempre apoio de outras pessoas.

Estes achados perpassam o que relatam Araújo et al. (2015) quando analisou os efeitos emocionais com base na qualidade de vida e inferiu que os pacientes sofrem, direta e indiretamente, influência física e psicológica, quando

percebem o diagnóstico clínico como uma situação grave e que afeta a disposição dos mesmos.

1.2.3 – Necessidade Psicoespiritual

Quanto à necessidade e apoio religioso, (37; 58,7%) estavam preservados, (15; 23,8%) relatavam prejudicadas e (11; 17,5%) relatavam necessitar de apoio religioso neste período da internação.

“A religiosidade é um fato importante na formação das representações sociais dos indivíduos, uma vez que esta experiência vai direcionar seus comportamentos pessoais na saúde e na enfermidade” (ARAÚJO et al., 2012, p. 581).

De acordo com os achados dos pacientes foram elencadas as principais NHBs afetadas e dispostas hierarquicamente na Pirâmide das Necessidades afetadas elaborada pela autora (Figura 2).

Esta pirâmide ilustra as NHBs dos pacientes, dispostas em ordem crescente, a partir do percentual das principais necessidades afetadas, no sentido de cima para baixo. Portanto, quanto mais próxima a base da pirâmide, maior é a NHB afetada.

Figura 2 – Pirâmide hierárquica das Necessidades afetadas nos pacientes acometidos por AVE. Fortaleza-Ceará. 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, observa-se que as principais necessidades identificadas, correspondem às necessidades psicobiológicas, sobretudo quanto a mobilidade,

eliminações, que interferem nos cuidados corporais e sua relação com a dependência dos outros.

Para Araújo et al. (2015) as limitações no desempenho funcional, como vestir-se, banhar-se e até mesmo caminhar pequenas distâncias de forma independente, consiste em um fator importante na percepção alterada da qualidade de vida dos pacientes.

A linguagem e a mudança no padrão alimentar também se destacam dentre as necessidades, tendo em vista que as disfagias possuem grau de elevada importância para a mudança alimentar, bem como a linguagem prejudicada pode influenciar na comunicação e verbalização das preferências alimentares.

Ressalta-se que a percepção sensorial alterada também contribui como geradora de dificuldades no domicílio, principalmente, quando atreladas a estas também se encontram déficits motores, implicando na mobilização, bem como em atividades diárias.

Quanto ao padrão de sono e repouso observa-se que estes possuem importância também na recuperação do paciente e possibilite durante o dia uma melhor adaptação e sensorio que não atrapalhe nas atividades de reabilitação.

Destaca-se na pirâmide que a necessidade psicossocial referente a segurança emocional encontra-se entre as NHBs destacadas como prioritárias, considerando-se o fato do emocional dos pacientes necessitar de apoio frente a adaptação às novas situações a serem vivenciadas no domicílio, bem como a interação com seus familiares e/ou cuidadores.

2. Percepções sobre os aspectos que envolvem a alta hospitalar

Para uma melhor compreensão do significado da alta hospitalar, dentro do contexto em que os pacientes e acompanhantes/cuidadores estão inseridos e seus respectivos entendimentos sobre este processo de transição para o domicílio, as falas destes sujeitos foram submetidas à análise.

Inicialmente, a interpretação das mesmas é apresentada com base na primeira etapa desta análise, realizada por meio do *software* Iramuteq® com a representação dos recursos gráficos do dendograma e da nuvem de palavras.

Em um segundo momento, de maneira a complementar e reiterar os resultados decorrentes da etapa anterior é apresentado a interpretação das falas por

meio da análise de conteúdo de Bardin (2010) e suas respectivas categorias temáticas.

Desta maneira, baseando-se nas temáticas norteadoras das entrevistas, as percepções dos sujeitos estão apresentadas nos tópicos: 1. Concepções sobre a alta hospitalar; 2. Dificuldades, preocupações e dúvidas; e, 3. Orientações e apoio nos cuidados domiciliares.

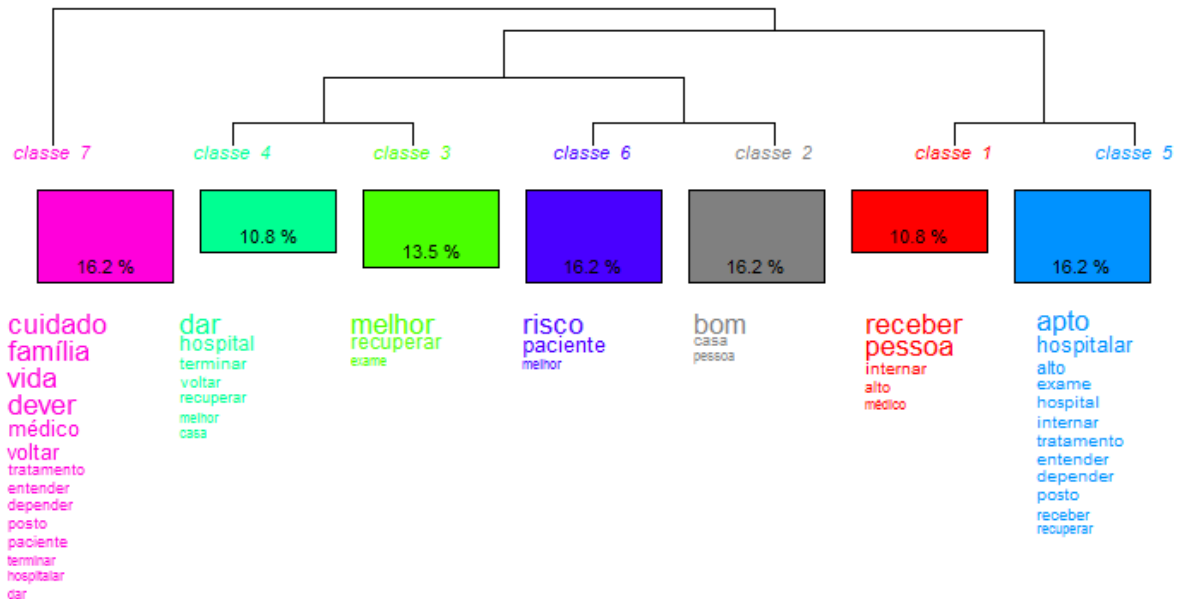
1. Concepções sobre a alta hospitalar

Nesta temática norteadora os pacientes e acompanhantes/cuidadores explicam qual o sentido percebido por eles sobre a alta hospitalar, de forma que possam expressar o que é a alta e o que a mesma representa dentro do seu contexto da internação, familiar e social.

A análise inicial realizada por meio do *software* Iramuteq®, as classes de palavras foram organizadas a partir do recurso da Classificação Hierárquica Descendente (CDH) distribuídas de acordo com a frequência e sentido das palavras no *corpus* textual. Desta maneira, foi possível identificar a formação de 7 classes de palavras.

Assim, o dendograma1 (Figura 3) mostra a distribuição do aparecimento das classes, bem como as palavras que mais ilustram a representatividade das mesmas.

Figura 3- Classificação Hierárquica Descendente sobre o entendimento de pacientes e/ou cuidadores sobre a alta hospitalar, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborado pelo software Iramuteq®.

A Figura 3 evidencia que a Classe 7, foi a primeira a se formar, seguidas das Classes 5 e 1. Em outro polo formaram-se, sucessivamente, as Classes 2, 6, 3 e 4.

De acordo com o agrupamento das palavras em cada classe é possível inferir que o sentido das mesmas nas entrevistas, de acordo com a ordem de surgimento das classes.

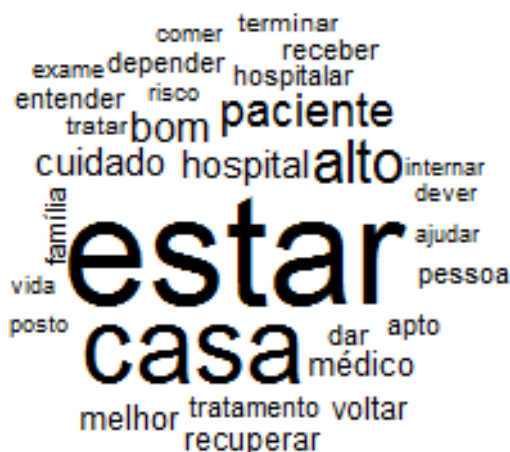
- Classe 7: Evidencia a necessidade de cuidado pelos familiares e a continuidade do tratamento dos pacientes dentro dos demais serviços de saúde;
- Classe 5: A aptidão do paciente para ter a alta hospitalar logo após a realização dos exames necessários durante a internação, possibilidade de retorno ao domicílio e continuidade de atendimento;
- Classe 1: A figura médica como o prescritor da autorização para o retorno ao domicílio;
- Classe 2: Entendimento do paciente da sua condição clínica;
- Classe 6: Percepção de riscos clínicos diminuídos para que seja possível a alta;
- Classe 3: Recuperação satisfatória que possibilite a alta hospitalar;
- Classe 4: Término de tratamento com condições de alta para o paciente.

Percebe-se que as Classes que se formaram concomitantemente, tais como, as Classes 3 e 4, e, 2 e 6 indicam uma relação de semelhança no sentido empregado das palavras e no contexto investigado.

A análise do *corpus* textual acerca da temática permitiu uma análise que produziu um aproveitamento de 95,24% do *corpus* e sendo satisfatória na formação das classes temáticas, visto que se deve considerar satisfatório quando o aproveitamento for $\geq 75\%$.

Outro recurso utilizado nesta análise é a nuvem de palavras que agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência. A seguir (Figura 4), encontra-se a nuvem de palavras relativa à compreensão da alta hospitalar.

Figura 4 – Nuvem de palavras relativa à compreensão dos pacientes e/ou cuidadores sobre a alta hospitalar, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborado pelo software Iramuteq®.

De maneira mais simples, porém esteticamente atrativa a nuvem evidencia as palavras que tiveram maior sentido dentro das classes de palavras.

Complementarmente a esta análise inicial, utilizou-se a análise de Bardin no mesmo *corpus* textual para a formação de categorias temáticas. As mesmas são formadas a partir de categorias iniciais, que ao serem analisadas criteriosamente, foram agregadas em categorias finais que possuem sentido semelhante dentro do contexto da percepção da alta hospitalar.

Assim, o *corpus* textual foi dividido em unidades de contexto (UC) representadas por frases ou parágrafos do *corpus* textual, e; unidades de registro (UR) compostas por partes da UC com palavras ou expressões que indicam o sentido da mesma.

Evidenciou-se então, a formação de 297 UR que resultaram na formação, de 8 categorias temáticas iniciais e, em posterior agrupamento de acordo com as semelhanças, em 3 categorias finais.

Na análise as falas os pacientes estão assinalados com as letras EP seguida de um número que corresponde a ordem das entrevistas. Os acompanhantes que também foram entrevistados, nos casos que o paciente não apresentava condições de diálogo, as falas destes participantes aparecem indicadas pelas letras EA seguida de um número correspondente a ordem de entrevista.

Na Tabela 4 descrevem-se as categorias iniciais, os conceitos norteadores das mesmas e as categorias finais elencadas.

Tabela 4 – Categorias temáticas iniciais, definições norteadoras e categorias finais formadas a partir da significação de alta hospitalar por pacientes e/ou cuidadores, Fortaleza, CE, BR, 2017.

(continua)

Categorias iniciais	Definição Norteadora	Categorias finais
I. Aptidão para retornar para casa	Estar pronto para voltar ao domicílio	I. Retorno ao domicílio e necessidade de cuidados
II. Necessidade de cuidados	Necessidade de cuidados prestados pelos familiares ou cuidadores	
III. Exames	Realização de exames intrahospitalar	II. Assistência em instituições de saúde
IV. Saída do estabelecimento	Autorização médica para saída do estabelecimento de saúde	
V. Continuidade de tratamento	Prosseguimento no tratamento assistencial	
VI. Ausência de riscos	Ausência de riscos de novos eventos	III. Estado de saúde satisfatório

Tabela 4 – Categorias temáticas iniciais, definições norteadoras e categorias finais formadas a partir da significação de alta hospitalar por pacientes e/ou cuidadores, Fortaleza, CE, BR, 2017.

(conclusão)

VII. Sentir-se bem	Sensação de melhora física, clínica e emocional	III. Estado de saúde satisfatório
VIII. Reabilitação	Possibilidade de retornar as atividades habituais prévias	

Fonte: Elaborada pela autora.

Categoria Temática 1 – Retorno ao domicílio e necessidade de cuidados

Para os pacientes e familiares/cuidadores a alta, representa o retorno ao domicílio, permitindo o convívio familiar e expresso, inicialmente, pela aptidão para retomar a vida familiar, sua rotina, sua casa e o significado pessoal e social que a mesma expressa para cada sujeito, de maneira que os mesmos estejam “prontos” (EP02) para se reinserir nessa realidade, “a ponto de voltar ao convívio da família e social” (EP05) como relatam os pacientes.

O retorno para o domicílio e convívio com a família, promove no paciente uma sensação de intimidade e relaxamento que significa voltar à realidade em que está inserido (RODRIGUES et al., 2013).

É expresso também como um momento em que há a necessidade de ajuda de cuidados prestados por outras pessoas, sejam elas familiares ou não, entendendo-se que a alta “não quer dizer que não deva ter cuidados, precisa dos cuidados da família” (EA10) como enfatiza a acompanhante, e que, representam também, dentro do contexto do adoecimento atual, as implicações que as incapacidades podem gerar nesses pacientes.

Quando a família se depara com o diagnóstico e as limitações que podem decorrer de AVE, muitas vezes os familiares reconhecem que, após a alta hospitalar, será necessário dedicar-se ao cuidado no ambiente domiciliar (PAIVA; VALADARES; PONTES, 2012).

Desta maneira, é relevante compreender que a alta perpassa um momento de preparação para este retorno, em que há a necessidade de não haver

apenas a concepção do “está completamente bem, restabelecido” (EP05) pelo paciente, mas também o entendimento das situações dentro do contexto fora do hospital, com base no preparo biológico, emocional e social.

Araújo et al. (2011, p. 237) apontam que no momento de transição para o domicílio “entende-se que para prestar o cuidado é necessário, sobretudo preparo, tanto técnico quanto emocional”.

Assim, a interpretação do que representa a alta para estes sujeitos que estão intrinsecamente relacionados a este momento deve ser cuidadosamente observada pelos profissionais, em especial o enfermeiro, que tem a oportunidade de trabalhar estas diversas características para preparar e educar a família para o cuidado após a alta no domicílio.

Categoria Temática 2 - Assistência em instituições de saúde

Denota-se que para os sujeitos, a alta está fortemente relacionada ao ambiente hospitalar e de dependência de equipamentos, estrutura física, acompanhamento profissional e “já ter realizado os exames” (EA32) dentro da instituição como ressalta o acompanhante.

Esta dependência visualizada na fala do acompanhante vem sendo observada não só entre os recebedores de cuidado, mas também é percebida pelos profissionais como indispensável para se promover o cuidado.

A isto se reflete que a tecnologia dura não deve se opor ao contato humano, mas visualizada como algo que permeia o humano, em momentos singulares e críticos (SCHWONKE; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2011).

Ainda dentro deste sentido, da dependência hospitalar, percebe-se a figura do profissional médico como o detentor do saber das condições necessárias para o restabelecimento do paciente na transição deste ambiente para casa. Observa-se, então, que o modelo biomédico ainda é fortemente relacionado ao cuidado na percepção dos sujeitos, diante inclusive do sentido de passividade quanto a decisão sobre a continuidade do cuidado do paciente, como uma “autorização médica de que o paciente está bem e pode ir para casa” (EP20) percebida assim pelo paciente.

O modelo biomédico, separando o sujeito em partes, e não na sua integralidade, causa um desconhecimento de outras categorias profissionais em

virtude da indisponibilidade de diálogo, permeadas por relações hierarquizadas presente e latente na instituição hospitalar (LEAL; XAVIER, 2015).

Identifica-se também o entendimento dos pacientes de que é um “período”, “estágio” (EP07; EP18) específico dentro do tratamento. Portanto, a alta hospitalar é compreendida como um momento restrito de saída da instituição, não há a concepção de que o preparo da alta deve ocorrer durante a internação desde a admissão, com o objetivo de orientação de pacientes e familiares.

“No âmbito hospitalar, o planejamento de alta é uma atividade que visa à realização de intervenções profissionais, com a finalidade de promover o autocuidado, a autonomia e o acesso aos recursos de saúde disponíveis, para os usuários recuperem a saúde por meio de recursos assistenciais complexos” (MELLO, 2013, p. 13).

Além disso, observa-se pelos relatos dos pacientes que a alta é quando se vai para “casa ou qualquer outro local e para prosseguimento a esse tratamento” (EP23) iniciado no hospital e que “vai ser acompanhado no posto para não acontecer mais um ‘AVC’” (EP48).

O processo saúde–doença não se limita aos espaços dos hospitais e dos postos de saúde (PERLINE; FARO, 2005), portanto, a prática do cuidado pode, também, ser executada em espaços não tradicionalmente considerados como de tratamento, como o domicílio, embora seja necessário o acompanhamento nos serviços de saúde.

Desta maneira, há preocupação dos pacientes em retornar aos serviços de saúde para a continuidade dos cuidados com vistas a manutenção da saúde após o AVE a fim de evitar a recorrência do mesmo e evitar outras possíveis complicações.

Categoria Temática 3 - Estado de saúde satisfatório

Nesta categoria, os entrevistados relataram que para se ‘ter’ a alta hospitalar é necessário que o paciente não apresente mais riscos de uma nova complicação, principalmente, um novo AVE, assim, pode pensar em retornar para casa “sem ter medo de passar mal antes de sair do hospital” (EP55) como afirma o paciente, estando bem, isto é, está se sentindo em boas condições de saúde para que possa retornar ao domicílio.

A necessidade da sensação de melhora para os pacientes mostra-se relevante dentre as falas dos pacientes e acompanhantes, visto que o motivo para a alta é “porque já está melhor” (EP48), “já está com a saúde recuperada” (EA38) e pode sair da instituição.

Considerando que a World Health Organization reconhece a alta hospitalar como a liberação do paciente de um centro de cuidados, além disso, é necessário que os pacientes se encontrem com um estado de saúde satisfatório e que possibilite a continuidade de cuidados no domicílio (WHO, 2004; ROECKER et al., 2012).

Deve-se atentar que os pacientes que mais relacionaram a alta a esta melhora possuíam dependência física menor, porém, em virtude das incapacidades geradas pelo AVE é possível que a funcionalidade do paciente ainda não esteja completamente recuperada, necessitando que seja explicada sobre a importância da reabilitação.

Embora muitas vezes a recuperação não seja total, a família e o paciente devem ser orientados sobre a possibilidade do paciente não conseguir recuperar totalmente a capacidade funcional anterior ao AVE (ISRAEL; ANDRADE; TEIXEIRA, 2011).

Outra perspectiva encontrada nas falas é a reabilitação precoce ou tardia, possibilitando ao paciente acometido voltar a executar, se possível, as suas atividades da vida diária, já tendo “condições de andar e pode voltar para casa para terminar de se recuperar” (EA27), mesmo que para realizar as atividades necessite de ajuda parcial ou total, e também, a sensação de independência, “você vem para o hospital com os pés dos outros e volta com os seus próprios pés para casa” (EP29) para retornar as atividades habituais prévias.

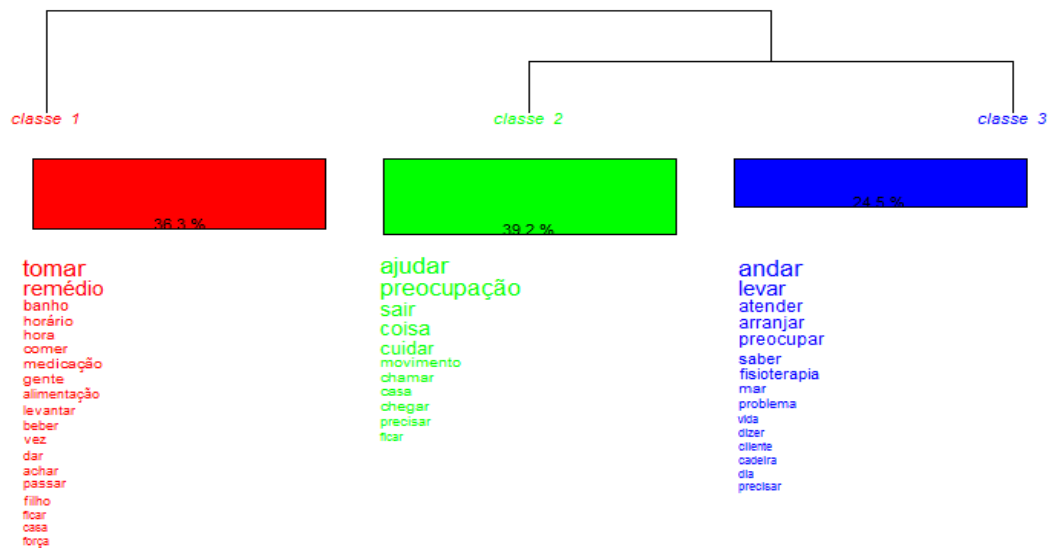
A locomoção por ser uma das funções mais comprometidas com o AVE, implica na dificuldade em deambular no domicílio, ter acesso aos ambientes, que contribui para o isolamento social e a influência negativa na qualidade de vida. Assim, a reabilitação precoce da mobilidade influencia positivamente na reinserção social e emocional do indivíduo (BONELLI et al., 2014).

Observa-se, portanto, que os pacientes anseiam retornar as suas atividades diárias e a convivência domiciliar o mais breve possível com um estado de saúde que lhes permita a realizar as suas atividades.

2. Dificuldades, preocupações e dúvidas

A análise realizada dos relatos por meio do software permitiu que ao utilizar o recurso da CHD, fossem formadas 3 Classes de palavras. Inicialmente formou-se a Classe 1 e posteriormente, as Classes 2 e 3 foram formadas, respectivamente, conforme o dendograma 2 (Figura 5).

Figura 5 - Classificação Hierárquica Descendente das dificuldades e preocupações e dúvidas dos pacientes e/ou acompanhantes, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborado pelo software Iramuteq®.

Observa-se que as Classes 1, 2 e 3 estão organizadas hierarquicamente, a partir das frequências que as palavras aparecem no *corpus* e representam, respectivamente:

- Classe 1: Necessidades humanas básicas afetadas e preocupação com o uso de medicação
- Classe 2: Necessidade de apoio para permanecer no domicílio e ajuda nas atividades
- Classe 3: Dependência funcional para realização de atividades da vida diária

A análise do *corpus* textual acerca da temática permitiu uma análise que produziu um aproveitamento de 63,26% do *corpus* e sendo necessária uma análise complementar para formação das classes ou categorias temáticas.

Tabela 5 - Categorias temáticas iniciais, definições norteadoras, categorias intermediárias e finais formadas a partir das dificuldades e preocupações e dúvidas dos pacientes e/ou acompanhantes, Fortaleza, CE, BR, 2017.

Categorias iniciais	Definições Norteadoras	Categorias intermediárias	Categorias finais
I. Alimentação inadequada	Dificuldade para deglutição dos alimentos em virtude da mudança dos alimentos	I. Necessidades Humanas Básicas afetadas	I. Necessidades Humanas Básicas afetadas
II. Locomoção prejudicada	Dificuldade na deambulação e mobilização no leito		
III. Higiene corporal prejudicada	Higiene corporal com dificuldade pela alteração na força		
IV. Auxílio nos cuidados	Necessidade da ajuda de terceiros para realizar as necessidades básicas e/ou dependência funcional		
V. Assistência no domicílio	Apoio profissional domiciliar ou próximo (fonoterapia/fisioterapia)	II. Assistência no domicílio	II. Acompanhamento profissional e orientações com prescrição médica
VI. Administração de medicamentos	Administração irregular das medicações, principalmente em relação aos horários e tipos de medicações	III. Administração de medicamentos	
VII. Vida saudável	Manutenção de bons hábitos, controle da saúde.	IV. Manutenção do estilo de vida	III. Manutenção do estilo de vida
VIII. Trabalho e/ou atividades de lazer	Mudança nas atividades realizadas antes, saúde mais limitada		

Fonte: Elaborada pela autora.

Categoria Temática 1 - Necessidades Humanas Básicas afetadas

Os relatos dos sujeitos investigados demonstraram que em virtude das sequelas provocadas pelo AVE havia apreensão acerca de como seria a adaptação frente as alterações funcionais que ficaram em decorrência da doença.

Observou-se que baseada na Teoria de Horta, enfatizando que o desequilíbrio vital decorrente de estados de tensões afeta as Necessidades Humanas Básicas dos sujeitos, tais necessidades estavam presentes nos discursos acerca das inseguranças decorrentes do AVE.

Algumas das NHBs foram mais discutidas entre os sujeitos, principalmente as de origem psicobiológica, tendo em vista que a funcionalidade e independência do indivíduo podem ser afetadas, havendo a necessidade de adaptação, apoio e suporte para as atividades básicas.

Dentre estas necessidades, ressalta-se a preocupação com a mudança do padrão alimentar intimamente relacionada às alterações na consistência dos alimentos em virtude das disfagias provocadas pela doença. Desta forma, a modificação do padrão alimentar atual em relação ao anterior no domicílio e a maneira da nova preparação dos alimentos foi evidenciada dentre os questionamentos.

Ainda a respeito de o padrão alimentar, a alimentação por via enteral durante a internação também foi percebida como um receio, principalmente pelos acompanhantes, tendo em vista desconhecerem a forma de preparo e considerarem um cuidado difícil de ser realizado no domicílio o manejo da sonda, pois *“com essa sonda não sei como vai ficar em casa”*(EA16) como afirmou o acompanhante, além da especulação e ansiedade sobre a possibilidade do retorno a outras consistências após o início da alimentação enteral.

Alguns sinais e sintomas podem ser indícios da presença de disfagia na pessoa que sofreu AVE, dentre eles, falta de apetite, recusa alimentar, dificuldade de reconhecimento visual do alimento, alterações de olfato e paladar; diminuição ou ausência do controle da mastigação que prejudicam a nutrição que devem ser levados em consideração tanto na internação quanto na transição para o domicílio (BRASIL, 2013).

Assim, em virtude da incidência de disfagia em pacientes com AVE, do risco elevado de aspiração respiratória e das complicações em termos de

morbidade, mortalidade e custos, a identificação da melhor terapia para nutrição enteral se faz necessárias principalmente nos pacientes que apresentam incapacidades severas (CAVALCANTE; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2014).

No cuidado domiciliar, aos pacientes que dependam do uso de sondas para a alimentação, o cuidador deve ser devidamente instruído sobre a forma de preparar os alimentos e a administração e uso de sondas (ROECKER et al., 2012).

Outra preocupação dos pacientes e familiares/cuidadores decorrente das sequelas do AVE foi a mobilidade física e a locomoção estar prejudicadas, implicando na necessidade de auxílio na mobilização na cadeira, cama, transferência da cama para a cadeira, além da necessidade do auxílio na deambulação.

Tais necessidades afetadas geram, sobretudo, um grau de dependência dos pacientes com os seus cuidadores e implicam também nos cuidados que os mesmos deverão receber no domicílio a fim de que outras NHBs também não sejam afetadas, tais como os cuidados corporais durante o banho, a prevenção da integridade da pele devido a possibilidades da mobilidade e eliminações estar prejudicadas, como enfatizado pelo acompanhante *“se ela ficar prostrada tem que ter muito mais cuidado pra ela não se ferir, toda hora que for mudar a fralda fazer um asseio”* (EA03), além de como já referido como uma preocupação a nutrição equilibrada.

Considerando as perspectivas sociodemográfica da população em recebe cuidados diferenciados no domicílio, em geral formada por idosos, verifica-se que as situações de limitação da mobilidade, geralmente decorrentes de condições e doenças crônicas, como as cerebrovasculares são responsáveis pelo incremento do risco de aparecimento de lesões por pressão (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

Corroborando com o presente estudo, Andrade et al. (2009) identificaram que as principais dúvidas e preocupações decorrentes no cuidado no domicílio era com relação a alimentação, higiene corporal, eliminações, locomoção, risco de acidentes e medo do processo de cuidar diariamente no domicílio.

Quando questionados acerca das dificuldades enfrentadas no domicílio por cuidadores, os mesmos relataram que as atividades mais difíceis de serem executadas eram banho, a locomoção, a troca de vestuário, a movimentação do paciente e a alimentação (BONELLI et al., 2014).

Assim, observa-se que tanto nos resultados decorrentes dos discursos quanto na análise das principais necessidades afetadas dos pacientes deste estudo (Figura 2), observa-se a necessidade de cuidados e orientações que visem uma melhor compreensão de como essas situações podem ser enfrentadas no domicílio e quais estratégias podem ser lançadas para proporcionar um cuidado que não traga riscos aos pacientes.

Categoria Temática 2 - Acompanhamento profissional e orientações com a prescrição médica

A assistência de saúde pós-internamento dos pacientes acometidos pelo AVE mostrou ser umas das grandes dúvidas e incertezas na continuidade do tratamento dos sujeitos.

Os relatos demonstraram que há ansiedade pelo conhecimento de como será o apoio após o internamento para garantir uma melhor reabilitação. Além da preocupação sobre onde haverá estrutura que permita o acompanhamento iniciado no hospital, existe também o receio quanto a disponibilidade de profissionais que possam auxiliar neste período, para melhorar e/ou eliminar as sequelas decorrentes do AVE.

As alterações na fala e na força decorrentes do AVE, em virtude da adaptação na mobilidade e na comunicação, não só dos pacientes, mas também pelos seus cuidadores, demonstrou nos relatos que o acompanhamento pela equipe de fisioterapia e fonoterapia eram imprescindíveis na continuidade do tratamento como enfatizado pelo paciente ao relatar que em virtude de *“a força não ser mais a mesma de antes, fazer fisioterapia e aprender a fazer outras tarefas por enquanto é uma preocupação para quando chegar em casa” (EP33)*, além do receio da disponibilidade de encontrar esses profissionais nos serviços *“a dificuldade é na fisioterapia porque nem todo canto tem, além da fonoterapia...” (EA05)* como refere o acompanhante .

Em estudo realizado por Escarcel, Muller e Rabuske (2010) em virtude da importância e necessidade de medidas profiláticas precoces para melhor reabilitação e redução das sequelas após AVE, o tratamento fisioterápico foi iniciado na maioria dos pacientes no segundo dia após a internação, tal fato implica na melhor

recuperação e traz melhores condições de uma reabilitação mais precoce que ajude no momento do retorno para casa.

Além disso, observa-se que há expectativa por parte dos usuários que o Sistema Único de Saúde (SUS) proporcione um cuidado que seja continuado no domicílio, muito embora, haja a consciência da população que há um desgaste na prestação destes serviços.

De acordo com Rodrigues et al. (2013) embora exista uma política de saúde que determine o sistema de referência e contrarreferência, a rede de atenção à saúde, cujo centro é a Atenção Primária, ainda apresenta fragilidades para o cuidar do idoso que sofreu AVE e necessita ser cuidado pela família, em casa.

Observou-se que a burocratização dos serviços, tornam o cuidado profissional no retorno ao domicílio uma grande dificuldade encontrada pela população, expondo-os a utilizar muitas vezes de meios próprios para a continuidade dos cuidados, *“após o primeiro AVC tive que continuar particular porque o que recebi da prefeitura foi só pro começo, depois parou...”* (EA10), como relatou a acompanhante.

Scalzo et al. (2010) observaram em seu estudo que as dificuldades de acesso ao acompanhamento após a alta, destacam-se: a distância, autorização do visto nos centros de saúde e a quantidade de sessões liberadas, principalmente com relação ao tratamento fisioterápico.

Desta maneira, indaga-se a respeito da presença do enfermeiro e demais profissionais de saúde no domicílio, otimizando as visitas domiciliares no território, fornecendo orientações, proporcionando atendimento as principais necessidades com dinamicidade e dando a oportunidade de se promover a reabilitação dentro do domicílio com atividades que não dependam de espaços públicos para a realização das mesmas.

Em estudo realizado por Bonelli et al. (2014) após a visita domiciliar para adequação das técnicas no ambiente doméstico, percebeu-se melhoria na satisfação com a assistência prestada ao paciente, diminuindo a ansiedade e aumentando a segurança do cuidador.

Dentre estas atividades em que o enfermeiro pode estar inserido, ressaltam-se as orientações com o uso regular das medicações, visto que foi observado como umas das dificuldades, preocupações e dúvidas frequentemente pelos pacientes e familiares/cuidadores.

Para Marques et al. (2011) a ocorrência de problemas relacionados ao uso de medicamentos é comum após hospitalização, tendo em vista que as alterações no tratamento medicamentoso podem ser acompanhadas por falta de preparo do paciente para o autocuidado e falta de seguimento após alta hospitalar.

As queixas quanto ao uso das medicações pelos sujeitos foram apresentadas sob diversos aspectos, dentre os quais se ressaltaram: a maneira correta da administração, a necessidade de ajuda de terceiros, a comparação entre a assistência prestada no hospital e o retorno ao domicílio, além da disponibilidade dos medicamentos na rede pública e o custo das medicações.

A administração da medicação em casa foi considerada uma grande dificuldade pelos sujeitos tendo em vistas que deveriam ter conhecimento das medicações que fazem parte do tratamento após AVE, *“tomar os remédios na hora, tomo nas horas erradas e agora não posso mais errar” (EP60)*, as quantidades, os dias que deve fazer uso, como enfatiza o paciente *“[...] a minha preocupação é com os remédios, em seguir bem direito... Ter que tomar nos horários direito” (EP11)*.

A necessidade de auxílio para utilizar os medicamentos também foi evidenciada como uma preocupação pelos pacientes pelo receio de não saber fazer o uso correto ou *“[...] porque eu sou esquecido... Tem que ter alguém pra me lembrar” (EP25)*.

Uma preocupação evidenciada principalmente pelos familiares/cuidadores é que no ambiente hospitalar sempre tem alguém para oferecer as medicações, não havendo a necessidade de estar lembrando quem tem medicação para fazer uso e que quando retornar para casa esta será uma responsabilidade também dele, em auxiliar neste tratamento, quando afirma que *“aqui (no hospital) não... tem sempre alguém pra lhe entregar, já em casa eu que vou ter que se lembrar de entregar” (EA37)*.

Além disso, ressaltaram-se também as dúvidas dos sujeitos quanto à disponibilidade das medicações na rede pública para continuar o tratamento em casa, pois *“aqui (no hospital) é muito diferente de casa. Na minha casa eu não tenho os mesmos remédios que eu tenho aqui, os que eu tomava em casa era tudo comprado e aqui não” (EP53)*, além disso, alguns acompanhantes também se preocupavam *“[...] com o valor das medicações, eu sei que pode ser caro e eu acho que no posto não vão nos dar todos os remédios” (EA54)*.

Ao transitar entre estes aspectos citados, observa-se que em todos há a possibilidade da presença do enfermeiro como educador para o preparo para a alta hospitalar e orientações para os cuidados que devem ser conduzidos na administração dos medicamentos do paciente quando estiver em casa.

“Nos primeiros contatos, podem ser esclarecidas dúvidas pontuais do paciente, aumentando-se gradualmente a quantidade e o aprofundamento das orientações, até a realização de treinamentos para desenvolver habilidades específicas sobre administração de medicamentos que exigem técnicas mais aprimoradas, visando ao preparo adequado do paciente para o retorno ao domicílio” (MARQUES et al., 2011, p. 37).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que visa a adoção mundial de medidas para a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde.

Entre as intervenções seguras com relação à terapia medicamentosa, a OMS (2004) preconiza que nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento. Além disso, ainda há o enfoque da necessidade da equipe multiprofissional dentro deste momento, como por exemplo, os farmacêuticos, além dos enfermeiros que organizam o momento da alta.

Assim, denota-se a necessidade da equipe profissional no momento de transição para o domicílio, ofertando tecnologias que busquem orientar e que possam estar presente nos primeiros momentos após a internação, aproximando-se da realidade em que os pacientes, familiares e cuidadores estão inseridos.

Categoria Temática 3– Manutenção do estilo de vida

As preocupações e incertezas como os hábitos de vida permanecerão também foi um dos achados relevantes evidenciados nas entrevistas, muito embora existisse nos relatos a esperança em ter uma vida normal e com o risco reduzido de complicações.

Alguns pacientes relatavam a vontade de melhorar seus hábitos considerando *“levar uma vida saudável, eu preciso está sadio” (EP35); “tenho que*

me sentir bem para voltar a fazer o que sempre gostei e quero continuar” (EP53); “sei que ainda não estou andando igual a antes, mas minha cabeça ainda está funcionando bem, posso aos poucos me adaptar” (EP47) e procurando uma vida mais saudável e que possibilitasse também uma melhor adaptação a este momento de novas situações a serem vivenciadas.

A adoção de um estilo saudável diminui o risco de eventos cerebrovasculares e cardiovasculares, assim a adoção de medidas que promovam a adoção de hábitos positivos de saúde contribui para a manutenção da saúde (SPENCER; BARNNET, 2012).

Infelizmente, a falta de esclarecimentos da sua condição de saúde e a incerteza da reabilitação acaba por causar inseguranças e dúvidas. Ainda que apenas (18; 28,6%) dos participantes deste estudo desempenhassem atividades laborais, a disponibilidade física de retorno a essas atividades causavam preocupação entre os pacientes, principalmente, tendo em vista que sua renda decorrente do trabalho interferia no sustento e na qualidade de vida familiar, pois *“a família depende do meu trabalho, preciso melhorar para voltar a sustentar e colaborar com as despesas da casa” (EP29)* como ressaltam os pacientes, além do medo de sentir-se mal no trabalho pois *“vai que eu tenha uma “arriação” (novo AVE) no mar! Para eu enfrentar o mar com eles para eu ir dirigindo não dá certo, vai que dá um problema em mim?!” (EP14).*

Diante da experiência do AVE é possível que os pacientes expressem medo de uma recorrência ou piores o seu estado atual de saúde, assim a ansiedade e o medo de um novo AVE são identificados entre as preocupações dos pacientes (HAFSTEINSDOTTIR et al., 2011).

O afastamento do trabalho, sobretudo por acarretar prejuízos financeiros no âmbito familiar agravando-se a situação, pois o risco da perda de um dos provedores financeiros leva ao medo e aumento das necessidades de manutenção, associada, ainda, a não complementação pelos outros familiares (ANDRADE et al., 2009).

Além disso, a impressão das condições físicas para o trabalho e a execução das suas atividades também afligiam os pacientes quando ressaltavam que *“se eu chegar passando mal vai acontecer preconceito, se eu chegar numa situação ruim para o cliente ele vai pensar que eu nem vou poder ajudar, eu vou ter que me apresentar bem perante o cliente” (EP02).*

As transformações sociais, econômicas, políticas e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo acabam por influenciar e modificar as formas dos sujeitos e coletividades organizarem suas vidas e elegerem determinados modos de viver, isso repercutiu diretamente na alteração dos padrões de adoecimento e estipulam as posturas sociais esperadas (BRASIL, 2008).

Assim, observa-se que os sujeitos possuem questionamentos que implicam em como sua vida será após o AVE, optando por um estilo de vida que lhes faça capaz de retornar as suas atividades e que possa voltar a conviver e fazer parte das suas obrigações familiares, principalmente quando se trata das questões laborais.

3. Orientações e apoio nos cuidados domiciliares

Por meio da análise percebeu-se que os sujeitos eram carentes de informações que os orientassem a respeito das adaptações e cuidados a serem desempenhados fora do ambiente hospitalar ao retornarem ao domicílio.

As narrativas evidenciaram que os mesmos desconheciam ter recebido informações acerca destes cuidados e orientações gerais para a continuidade da assistência, quando relataram que *“não recebi ainda nenhuma informação para quando eu for pra casa” (EP37); “ninguém veio ainda conversar como vai ser em casa, mas acho que daqui pra lá alguém vai me dizer” (EP59)*, portanto, ainda aguardavam receber orientações sobre o processo de transição entre a alta hospitalar e o retorno para casa.

Em estudo realizado com 150 acompanhantes no mesmo perfil de pacientes do presente estudo, também foi evidenciado escassez de orientações sobre os cuidados diretos a serem prestados no domicílio, tendo em vista que 97% destes acompanhantes afirmaram não ter ainda recebido essas informações que corroboram com os achados deste estudo, refletindo assim, a necessidade de estratégias que visem essas orientações como planejamento para a alta hospitalar (ANDRADE et al., 2009).

Estudo realizado por Souza, Maniva e Freitas (2012) em Fortaleza, no mesmo cenário do presente estudo, evidenciou que dos 18 cuidadores pesquisados apenas 3 haviam recebido orientações sobre algum tipo de cuidado no domicílio, fato preocupante, que corrobora com nosso achado, tendo em vista que após 5 anos

os enfermeiros continuam não atentando para a realização de orientações ainda durante a internação.

As orientações oferecidas aos pacientes e familiares/cuidadores devem ser planejadas e executadas de acordo com as necessidades reais visualizadas pelo profissional, principalmente o enfermeiro, e, sobretudo, de maneira dialogada e ativa, que permita os sujeitos interagir e planejar conjuntamente os seus cuidados para quando retornarem ao domicílio.

O planejamento da alta depende principalmente da sensibilidade do profissional para promover a adesão ao tratamento dos problemas identificados, em especial os enfermeiros, por meio do histórico de enfermagem e dos comentários identificados nas passagens de plantão e visitas realizadas diariamente ao paciente internado. (REIS; COBUCCI, 2011).

De acordo com o Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências, cabe ao enfermeiro na realização da assistência aos pacientes desde a admissão até a alta no artigo 8º, privativamente e como integrante da equipe de saúde, respectivamente:

- [...] b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- [...] c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem.

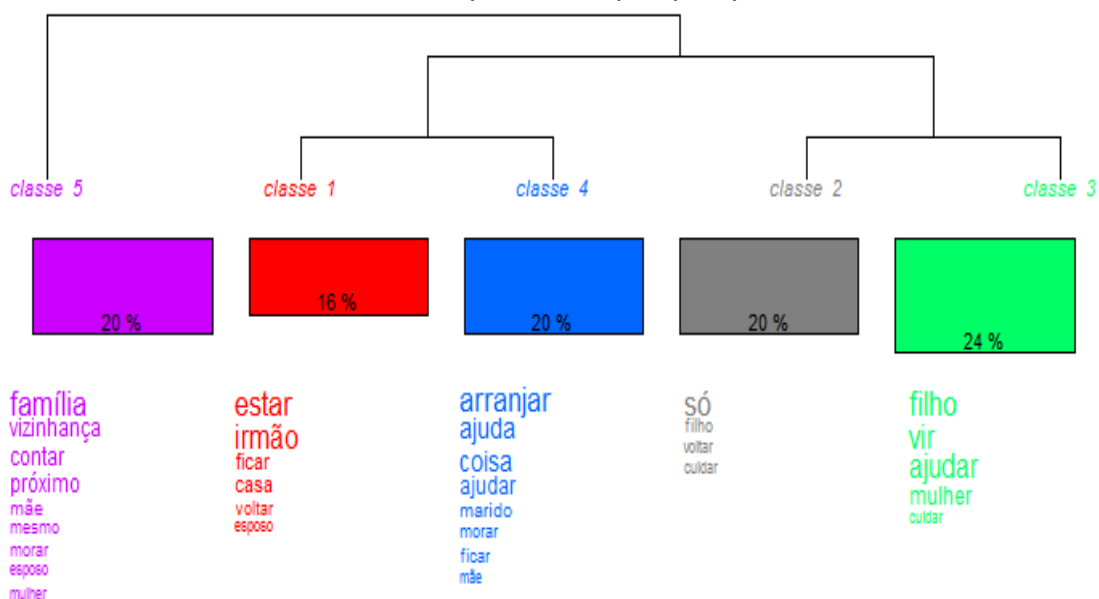
Assim, observa-se o enfermeiro, como membro da equipe de saúde capacitado técnico e cientificamente, além de amparado legalmente, para o planejamento de atividades que visem o cuidado aos pacientes, desde a elaboração até a execução dos cuidados, incluindo neste sentido, o planejamento da alta hospitalar e retorno ao domicílio, bem como a execução de estratégias educativas com vistas a promover a educação dos pacientes e familiares/cuidadores para a prestação dos cuidados no domicílio.

Em virtude da escassez de material descritivo mais abrangente relacionado às orientações, a análise realizada pelo *software Iramuteq®* foi impossibilitada por falta de sentido nas frases analisadas, portanto, sem condição da formação de classes de palavras (CHD).

Com relação ao apoio de familiares e/ou cuidadores a estes pacientes ao retornarem ao domicílio, observou-se pela CHD e também a análise de Bardin a necessidade de familiares neste momento de transição.

Conforme a CHD (Figura 7) foi possível visualizar a formação das 5 classes temáticas. A primeira classe a surgir foi a classe 5, seguida da formação das classes 1 e 4, e, posteriormente das classes 2 e 3.

Figura 7 – Classificação Hierárquica Descendente de familiares relacionada ao apoio nos cuidados domiciliares, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborado pelo software Iramuteq®.

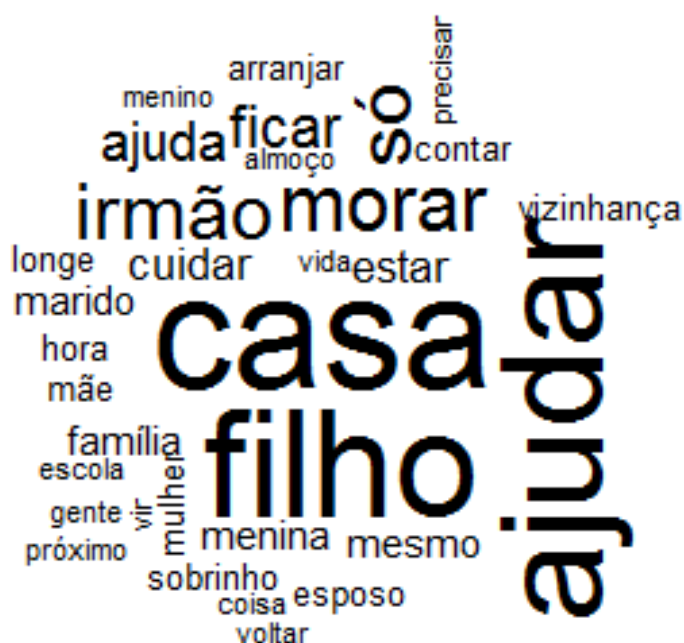
Conforme a distribuição das classes é possível perceber uma homogeneidade das palavras relacionadas aos familiares, dentre as mesmas. Como por exemplo, as classes 1, 2 e 3 que demonstram relação de ajuda dos familiares diretos, como ‘mãe’, ‘filho’, ‘esposo’ auxiliando nos cuidados e morando no mesmo domicílio.

Destaca-se, portanto, a Classe 4 em virtude das principais palavras recorrentes nas falas serem ‘arranjar’ e ‘ajuda’, enfatizando a necessidade da busca de ajuda também por cuidadores e/ou pessoas que possam cuidar da casa para auxiliar nos serviços domésticos.

A análise decorrente da CHD, em virtude da semelhança entre as classes de palavras formadas, obteve 68,48% de aproveitamento, sendo insuficiente e necessitando de análise complementar.

A nuvem de palavras gerada a partir do *corpus* evidenciou o componente familiar 'filho', como um dos principais responsáveis pelo apoio nos cuidados gerados a estes pacientes (Figura 8).

Figura 8 – Nuvem de palavras referente ao apoio nos cuidados domiciliares, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborado pelo software Iramuteq®.

A análise de conteúdo de Bardin decorrente dos diálogos por meio das UCs e URs (364 URs) permitiram a formação de 2 categorias temáticas iniciais e 1 final, como demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Categorias temáticas iniciais, definições norteadoras, categorias finais formadas a partir das dificuldades e preocupações e dúvidas dos pacientes e/ou acompanhantes, Fortaleza, CE, BR, 2017.

Categorias iniciais		Definições Norteadoras	Categoria final
I.	Familiares como agentes do cuidado	Familiares que participam diretamente dos cuidados envolvidos dentro do domicílio.	Familiares e/ou cuidadores como agentes dos cuidados domiciliares diretos e indiretos
II.	Cuidadores e/ou ajudantes domiciliares	Pessoas que ajudam a executar os serviços diretos e/ou indiretos aos pacientes	

Fonte: Elaborado pela autora.

Categoria Temática - Familiares e/ou cuidadores como agentes dos cuidados domiciliares diretos e indiretos

A presença de pessoas que auxiliem nos cuidados nesta transição entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio é imprescindível, tendo em vista que os cuidados a serem ofertados, especialmente aos pacientes que necessitam de ajuda para a execução das suas atividades e suprimento das Necessidades Humanas Básicas, com vistas ao tratamento e reabilitação efetivos.

Partindo dos discursos dos sujeitos observou-se que o apoio nos cuidados domiciliares possuíam a participação de parentes diretos e cuidadores, ajudando nas atividades básicas e no cotidiano, bem como auxiliando nas demais atividades relacionadas a prestação de cuidados.

Os acompanhantes, em especial os familiares, detém boa parte das necessidades de conhecimentos para as práticas dos cuidados destinados a manutenção da saúde dos pacientes que foram acometidos pelo AVE, pois muitas vezes estão presentes no cotidiano familiar do paciente.

Portanto, são imprescindíveis não só neste aspecto, mas também com relação ao apoio social e psicológico a estes sujeitos, tendo em vista que os mesmos contam com esta ajuda quando consideram que *“eu só tenho os meus filhos, só tenho eles. Eles têm que cuidar mais de mim um pouco. Para eu poder me cuidar mais e não voltar mais essa doença”* (EP12) como relata esta paciente, além disso,

a sensação da necessidade de ser cuidado pelos filhos quando idoso, pois “[...] *já cuidei dos meus filhos quando eram pequenos, dei alimento, carinho e trabalhei pra sustentar, agora... é a hora deles cuidarem de mim*” (EP42).

Segundo Andrade et al. (2009) de acordo com o ciclo natural da vida é comum os pais cuidarem dos filhos durante o seu desenvolvimento, porém, a medida que surgem as fragilidades e doenças com o avanço da idade dos pais o papel dos filhos passa a ser de agente de cuidado com os pais, assumindo assim esta responsabilidade.

Dentre os familiares responsáveis pelos cuidados encontraram-se diversos graus de parentesco, os quais compartilham o cotidiano e as atividades no domicílio, conhecendo as necessidades e adaptações necessárias, como relata este paciente ao citar que *“o meu filho vai poder me ajudar, assim como a esposa dele e a minha também. Nós somos uma família, então isso conta muito”* (EP15).

A situação conjugal influencia na reabilitação uma vez que os mesmos vivem o desapontamento e a incerteza sobre o futuro e perdem a independência, principalmente para as atividades de vida diária, necessitando de acompanhamento para realizá-las, bem como no enfrentamento das dificuldades (ARAÚJO, 2015).

As relações familiares necessitam estar bem consolidadas para que seja possível uma reabilitação mais apropriada, de maneira que o familiar possa contribuir na recuperação e reabilitação do paciente, interagindo e o apoiando.

Outro aspecto encontrado neste estudo com relação aos praticantes do cuidado aos pacientes são os cuidadores, sejam eles formais ou informais, que desenvolvem atividades dentro do domicílio desses pacientes.

A necessidade de providenciar uma pessoa para ajudar nos cuidados com os pacientes por parte das famílias ou mesmo por vontade dos pacientes foi evidenciada nos relatos tendo em vista que *“quando eu chegar em casa é que eu vou arranjar uma pessoa para que possa me ajudar a fazer as coisas e me ajudar também”* (EP07), *“ainda vou precisar procurar alguém pra me ajudar na coisas mais pesadas de casa”*(EP13), como ressaltam estas pacientes.

Muitos pacientes possuíam um suporte familiar, porém ainda assim, existem pacientes que precisam de auxílio de outras pessoas, quando observam a distribuição da família, pois *“eu moro com minha irmã em casa separada, ela mora em cima como o marido e filhas e eu embaixo com minha mãe. Ainda vou ver se ela pode me ajudar”* (EP43) e suas atividades *“como todo mundo da minha casa*

trabalha, nós vamos ter que nos reunir e pagar alguém que cuide” (EA29) como relatam os pacientes e acompanhantes.

A presença do cuidador é considerada essencial no tratamento de pacientes que tiveram AVE, entretanto, sua intervenção precisa ser positiva para poder influenciar na recuperação e reabilitação de pacientes, por meio de incentivo (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

É comum os familiares enfrentarem dilemas como a necessidade de escolher um único cuidador familiar, precisando pensar nas mudanças que ocorrerão no ambiente físico do domicílio e na rotina dos familiares após a alta hospitalar, recorrendo a não familiares (PAIVA; VALADARES; PONTES, 2012).

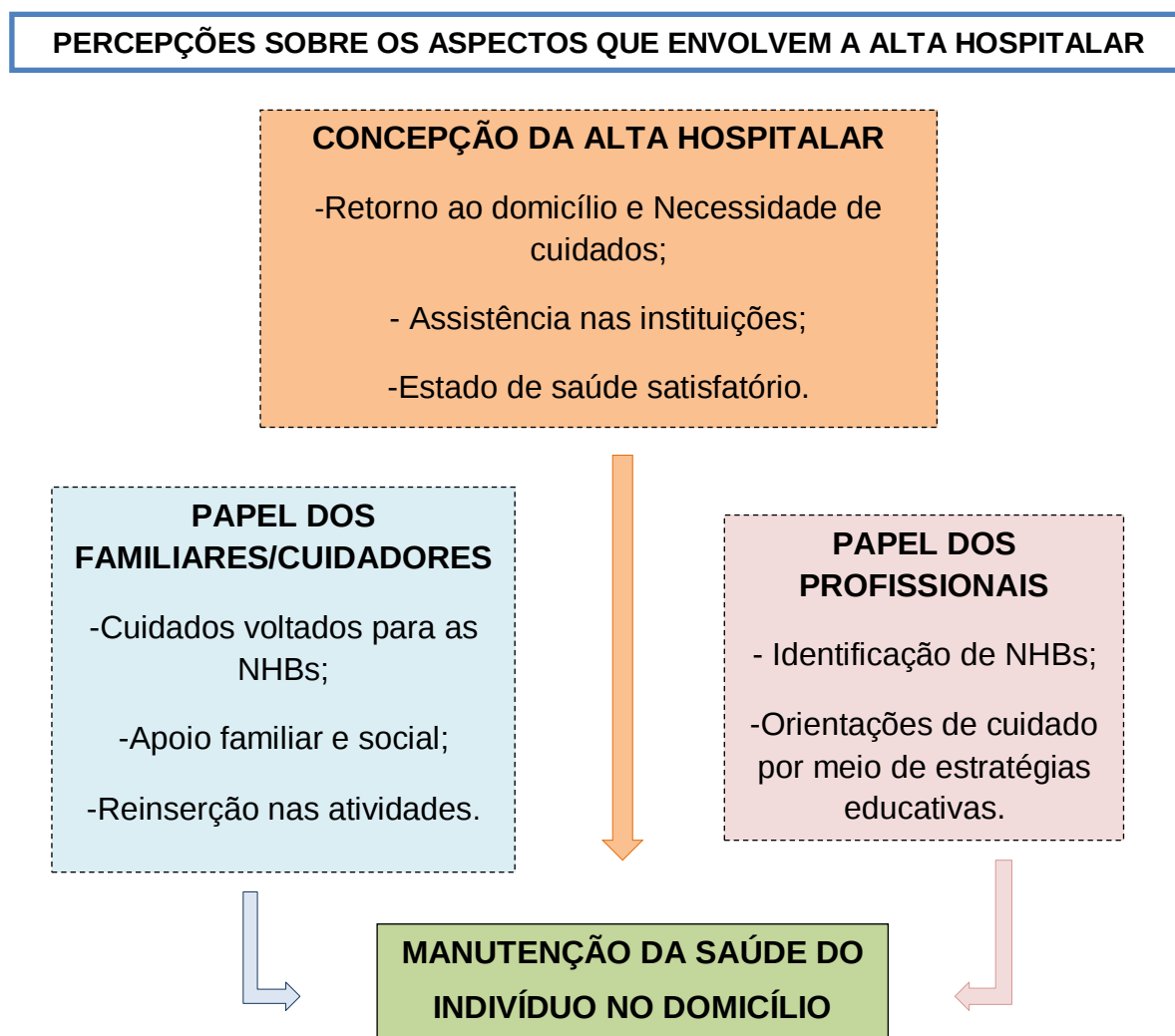
Desta maneira percebe-se que em alguns casos há ansiedade nas falas em imaginar como será quando chegar em casa, quem poderá ajudar ou mesmo, ainda tentar uma pessoa para começar a auxiliar quer seja apenas nas atividades domésticas ou nas atividades diretas de cuidado.

Rangel, Belasco e Diccini (2013) afirmam que para as mulheres, a retomada ao ambiente do domicílio é especialmente mais complicada, pois quando acometidas apresentam uma qualidade de vida pior, possivelmente devido ao comprometimento funcional que limitam as atividades domésticas.

Assim, as estratégias educativas realizadas pelos enfermeiros para favorecer que os cuidados no domicílio prestados pelos familiares e/ou cuidadores sejam baseados em orientações de acordo com as suas necessidades e dialogadas com vistas à manutenção da saúde e reabilitação dos pacientes.

Desta maneira, a compreensão da concepção da alta hospitalar pelos sujeitos emergiu os aspectos que envolvem a transição entre ambiente hospitalar e retorno ao domicílio, como ilustrado na Figura 9 resumizando as percepções sobre aspectos que envolvem a alta hospitalar mostrando que o foco das mesmas é na manutenção da saúde do indivíduo.

Figura 9 - Percepções sobre aspectos que envolvem a alta hospitalar, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborada pela autora.

Compreende-se, portando, a partir dos discursos dos pacientes e familiares/cuidadores a existência de uma rede que interferem no cuidado e na manutenção da saúde dos mesmos ao retornarem para o domicílio após uma internação decorrente o AVE.

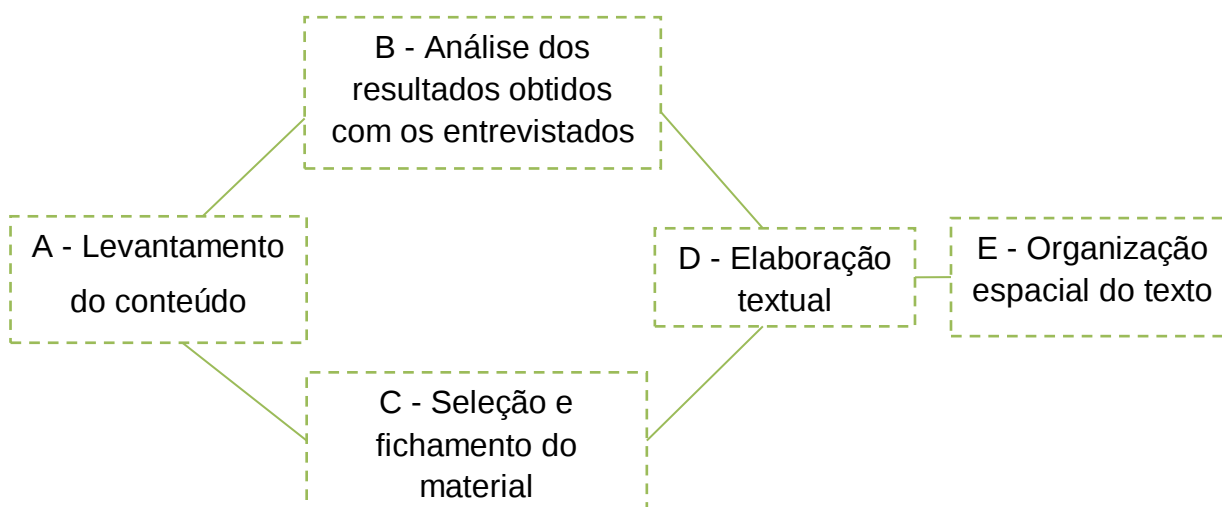
PARTE 2 – Construção de tecnologia educativa

CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES ACOMETIDOS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Para a construção das diretrizes foram considerados como suporte para as mesmas a literatura científica na área de estudo e os achados dos pacientes neste estudo, por meio da identificação das principais Necessidades Humanas Básicas.

Desta maneira, o Fluxograma 3 apresenta as fases para a construção das diretrizes.

Fluxograma 3 - Fases da construção das diretrizes, Fortaleza, CE, BR, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

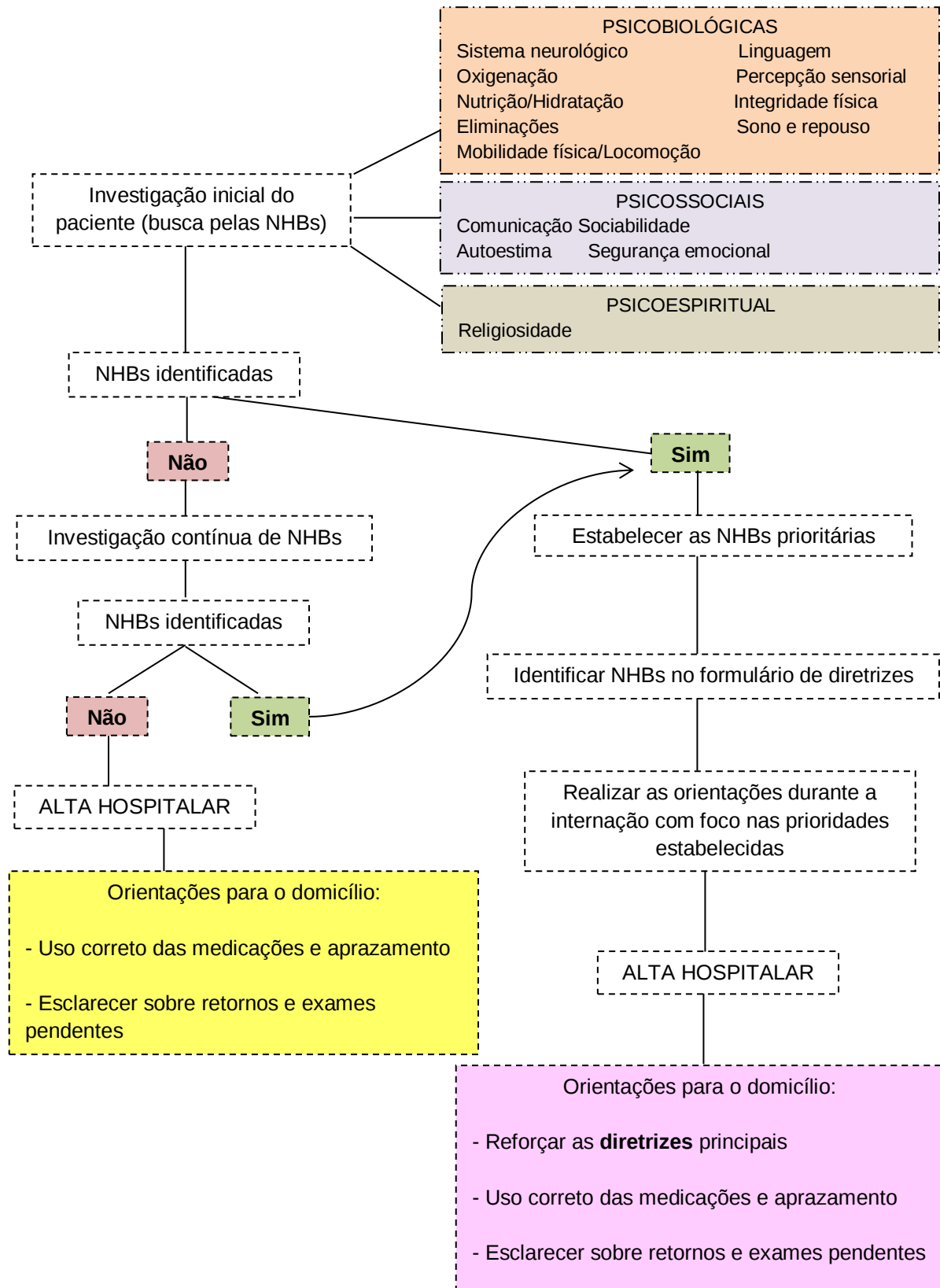
A fim de facilitar a compreensão dos enfermeiros na prática assistencial para a utilização das diretrizes elaborou-se um fluxograma para os mesmos de preparação para alta dos pacientes hospitalizados após AVE baseado nas NHBs durante a internação.

A seguir, está disposto esse fluxograma destinado aos enfermeiros e os 2 materiais educativos elaborados pela autora para promover as orientações de alta

hospitalar de pacientes acometidos pelo AVE baseado nas NHBs e realizada pelos enfermeiros.

O primeiro momento refere-se às orientações no ambiente hospitalar durante a reabilitação e segundo no momento de transição para o domicílio destinado aos cuidados que os mesmos deverão receber.

**FLUXOGRAMA DOS ENFERMEIROS DE PREPARAÇÃO PARA ALTA DOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
BASEADO NAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHBs)**



DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA A ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES ACOMETIDOS PELO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Orientações para o preenchimento individualizado:

- Preencha corretamente os dados de identificação de cada paciente;
- Após avaliação clínica do paciente, se identificadas NHBS, marque-as com um X no local indicado entre parênteses;
- Leia as recomendações da literatura de cada NHB e repasse simplificadamente e de maneira clara as informações dos quadros aos pacientes e familiares e/ou cuidadores sobre os principais cuidados a serem prestados no domicílio;
- Anexe este plano de alta de enfermagem ao prontuário do paciente.

Dados de identificação

Nome do paciente: _____

Prontuário nº: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da mãe: _____

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

Data de admissão: ____/____/____ Data do plano de alta: ____/____/____

Orientações

() Alimentação e Hidratação

Sinais e sintomas de indícios da presença de disfagia: falta de apetite, recusa alimentar, dificuldade de reconhecimento visual do alimento; alterações de olfato e paladar; diminuição ou ausência do controle da mastigação (BRASIL, 2013).

Alguns pacientes podem manifestar deficiências nutricionais devido ao acometimento, sendo necessária, na maioria das vezes, a utilização de um método como a sondagem, que fornece o aporte calórico e que impede o déficit nutricional. (SOUZA et al., 2014).

- Alimentar SOMENTE se estiver alerta (acordado) e o mais sentado possível;
- Comer devagar, se engasgar com água e/ou alimentos, suspenda imediatamente;
- Alimentos e água devem estar na consistência adequada.
- Dieta espessada: Utilize espessante para engrossar a água e alimentos processados de acordo com as recomendações da nutricionista;
- Dieta por sonda: Administre apenas a dieta de acordo com as recomendações da nutricionista; ofereça água antes e após as refeições;
- Manter sentado até 30 minutos após as refeições.

() Linguagem e Comunicação

As disartrias são desordens que envolvem a produção da articulação e fonação de origem neurológica. Comumente observam-se a articulação imprecisa, voz monótona em relação à frequência e à intensidade, rouquidão, soproidade, voz fraca, hipernasalidade, voz tensa, velocidade de fala variável e pausas inapropriadas (BRASIL, 2013b).

As afasias apresentam-se como distúrbios que afetam os aspectos de conteúdo, forma e uso da linguagem oral e escrita, em relação à sua expressão e/ ou compreensão, envolvem os processos centrais de significação, seleção de palavras e formulação de mensagens (BRASIL, 2013b).

- Para uma melhor compreensão, procure falar devagar, com pausas;
- Utilize imagens ou objetos para facilitar a conversa, se existir dificuldade em formar frases;
- Repita, se necessário, o que quer conversar.

() Mobilidade física e Locomoção

A família e o paciente devem ser orientados sobre a possibilidade do paciente não conseguir recuperar totalmente a capacidade funcional anterior ao AVE (ISRAEL; ANDRADE; TEIXEIRA, 2011).

Os objetos e móveis em excesso, associados à iluminação insuficiente do ambiente, aumentam o risco de quedas por dificultarem a interpretação do espaço pelo indivíduo (MORAIS et al., 2012).

A correta mobilização do paciente pelo cuidador possibilita diminuir o tempo gasto e melhorar o convívio social, facilitar as transferências e a deambulação, contribuindo para diminuir a fraqueza muscular e o desgaste físico (BONELLI et al., 2012).

- Observa sinais de mal estar, como tontura e náuseas para depois levantar;
- Ao levantar e andar iniciar a caminhada devagar, de acordo com as limitações, com auxílio quando necessário;
- Preferir calçado que não escorreguem e caminhe em espaços livres;
- Se acamado, procure mudar de posição regularmente, assim poderá evitar lesões na pele.

() Cuidados Corporais

Os cuidados corporais estão entre as principais necessidades de cuidados no domicílio após o AVE em virtude da incapacidade funcional que gera dependência nas atividades básicas (SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013).

Os cuidados com o banho demanda a pessoa que o está realizando esforço físico, organização e intimidade, assim como auxiliá-lo a trocar de roupa. Estes cuidados devem ser desempenhados estimulando a preservação do autocuidado e autoimagem corporal (BONELLI et al., 2012; ROECKER et al., 2012).

- Observar as atividades que necessitam auxílios;
- Realizar higiene bucal, pelo menos, 3 vezes ao dia com uso de antisséptico ou creme e escova dental;
- Manter a pele sempre limpa, seca e hidratada, inclusive os pés e aparar as unhas com lixas.
- Ao auxiliar na trocas de roupas, apoiarem-se do lado que tiver mais força;
- Se fizer uso de fraldas: trocar com frequência, evitando umidade na pele e realizar higiene íntima a cada troca.

BANHO:

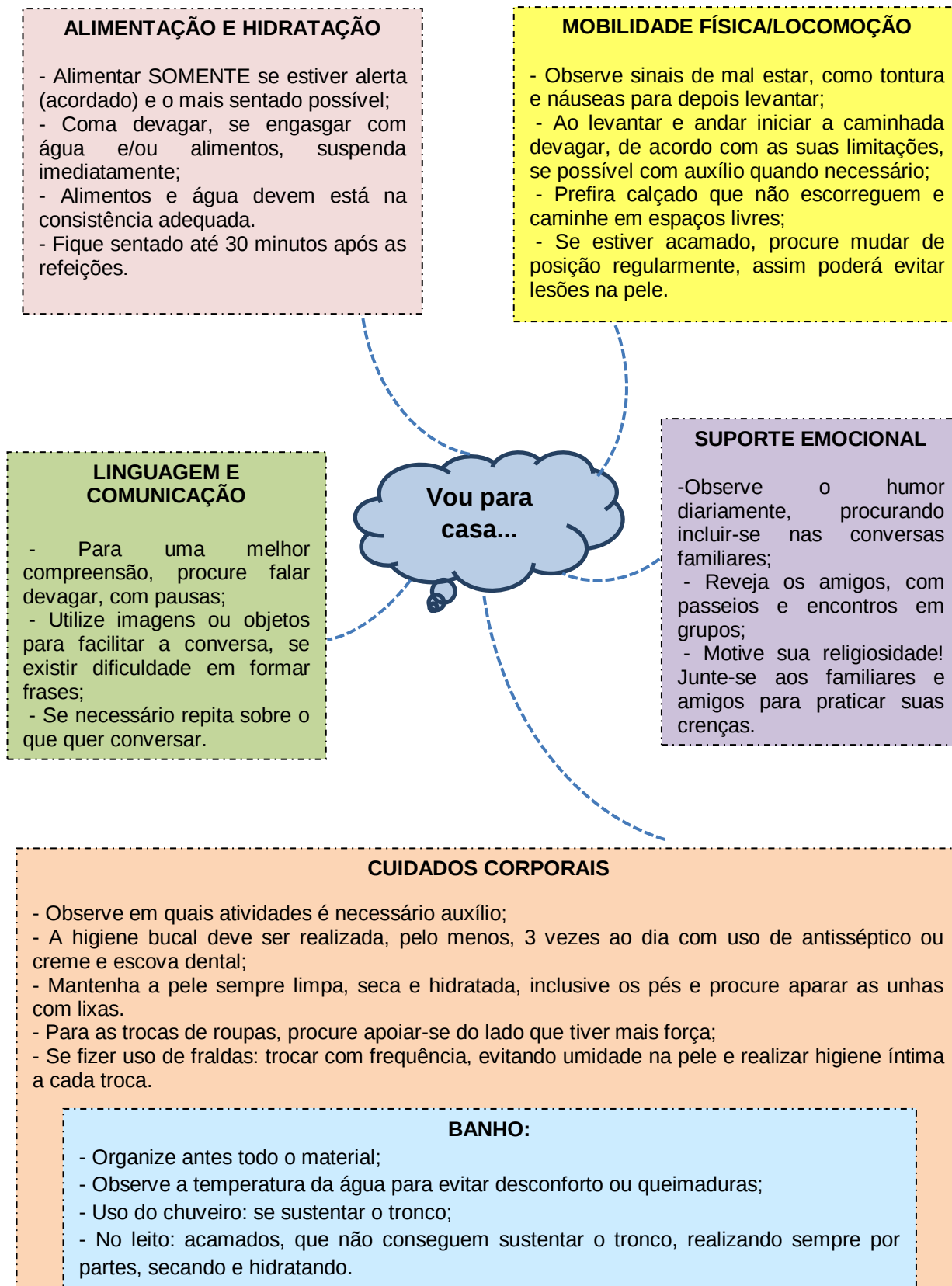
- Organizar antes todo o material;
- Observar a temperatura da água para evitar desconforto ou queimaduras;
- Usar o chuveiro: se sustentar o tronco;
- No leito: acamados, que não conseguem sustentar o tronco, realizar por partes, secar e hidratar a pele.

() Suporte emocional

São comuns complicações psicológicas a depende da região cerebral a ser afetada, como agitação, irritabilidade, agressividade, desinibição, depressão, apatia e insegurança, exigindo sempre apoio de outras pessoas (FERNANDES, 2009).

- Observar o humor diariamente, procurando incluir o paciente nas conversas familiares;
- Fortalecer as relações com os amigos, passeios e encontros em grupos;
- Motivar a religiosidade com familiares e amigos para praticar as crenças.

DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO BASEADO NAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHBS)



MEDICAMENTOS

- Verifique o prazo de validade da medicação, guarde em local adequado e identifique com o nome, horário e a quantidade;
- Tome os remédios no horário correto, de acordo com a prescrição médica;

Exemplo

Nome da Medicação

Genérico

Nome da paciente:

Horário:

Quantidade:

[illegible]

Onde procurar assistência:

- ✓ Marque o retorno no ambulatório do hospital em que realizou o tratamento;
- ✓ Continue seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Leve consigo SEMPRE o Relatório de Alta Médica e de Enfermagem.

[illegible]

6 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou que o objetivo estipulado fosse alcançado de forma clara, coesa e respeitando as demandas de cuidados identificadas nos pacientes a fim de auxiliar os familiares/cuidadores para o cuidado com os mesmos.

Para tanto, a busca das Necessidades Humanas Básicas dos pacientes com base na Teoria proposta por Wanda de Aguiar Horta permitiu a visualização das demandas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais durante a internação hospitalar que pudessem repercutir nos cuidados domiciliares.

Tais demandas foram percebidas objetiva e subjetivamente por meio do diálogo com os pacientes e também seus familiares/cuidadores na busca de uma escuta ativa e que retratasse as necessidades e também as inquietações acerca dos cuidados a serem prestados no domicílio.

Os discursos dos sujeitos deste estudo evidenciaram que as necessidades de origem psicobiológica se sobressaíram dentre as demais, em virtude das sequelas físicas promovidas pelo AVE, assim como as alterações na funcionalidade dos pacientes.

Estas incapacidades geraram nos pacientes variados graus de dependência dos seus acompanhantes, sendo os mesmos familiares ou cuidadores formais/informais que durante a internação desempenhavam o papel não só de acompanhá-los, mas também de entender quais cuidados estavam sendo realizados naquele ambiente e quais seriam necessários no domicílio.

Assim, os discursos retrataram que a alta hospitalar é percebida como um momento em que o paciente está apto a retornar ao domicílio, em boas condições de saúde e que não depende mais do ambiente hospitalar.

Porém, essa transição apresentou muitas inquietações, dúvidas e preocupações por parte dos mesmos, tendo em vista que as incapacidades geradas pelo acometimento resultava na necessidade de cuidados direcionados, como a alimentação, locomoção, higiene pessoal, bem como a adaptação ao uso das medicações, dentre outras.

O apoio social e familiar prestado pelo cuidadores familiares ou não destacou-se nas falas dos pacientes e acompanhantes, que consideravam que precisavam de apoio dos familiares para prestar os cuidados no domicílio ou que seria necessário providenciar um cuidador.

Com relação a esse aspecto, observou-se que para os homens, mesmo que a maioria dos pacientes já fossem aposentados, os que ainda exerciam as atividades laborais preocupavam-se em não sentir-se mal perante os colegas e clientes ou o medo de ter um novo evento enquanto estavam no trabalho, enquanto que as mulheres, pelas responsabilidades domésticas afirmavam que seria necessário da ajuda direta dos filhos para cuidá-las ou contratar alguém para desempenhar as tarefas domésticas ou prestar o cuidado devido a dependência.

Além disso, os sujeitos preocupavam-se também com a continuidade dos cuidados nos serviços de saúde, tendo em vista que muitos reconheciam que a atenção a saúde próxima a residência era precária e tinham receio em não ter como continuar a reabilitação iniciada durante o período da internação.

O apoio profissional foi evidenciado nos discursos como relevante para um acompanhamento adequado. Assim, ressalta-se o enfermeiro como membro da equipe de saúde com uma formação que lhe capacita a promoção de ações que busquem o planejamento destes cuidados no momento de transição entre o ambiente hospitalar e o domicílio.

A aproximação do enfermeiro com estes pacientes e familiares ainda durante a internação, permite que tais Necessidades Humanas Básicas possam ser evidenciadas, a fim de que os cuidados a serem prestados no domicílio possam ser planejados e direcionados de maneira individualizada.

A busca da literatura sobre o tema apontou, ainda, a necessidade de estratégias educativas que sejam focadas nos cuidados no domicílio, no apoio social e da atenção profissional continuada.

Assim, ressalta-se a criação de uma estratégia educativa que buscou compreender as necessidades destes pacientes e cuidadores, com a finalidade de propor orientações que pudessem ser iniciadas ainda no ambiente hospitalar e que usassem este momento para a diminuição das dúvidas e início às adaptações.

A elaboração das diretrizes permitiu, ainda, no decorrer da sua construção focalizar não apenas nos indivíduos a serem orientados, mas também a participação ativa dos enfermeiros no planejamento da alta hospitalar.

Com isto, enfatiza-se a relevância da participação conjunta dos enfermeiros, pacientes e familiares no planejamento da alta hospitalar após o Acidente Vascular Encefálico por meio da identificação das Necessidades Humanas Básicas.

Com este estudo, foi possível perceber do ponto de vista dos pacientes e seus cuidadores acerca do AVE e dos cuidados necessários após a hospitalização, enfatizando a necessidade dos profissionais próximos aos mesmos para a compreensão e adaptação as suas realidades por meio das orientações necessárias para a alta hospitalar e os cuidados no domicílio adequados.

Além disto, ressalta-se que o uso de uma Teoria de Enfermagem fortaleceu a condução metodológica deste estudo, resultando na elaboração das diretrizes baseada nos pressupostos da teoria, e facilitou, assim, a adequação da mesma com a finalidade de promover a educação em saúde.

Aponta-se, porém, como fragilidades deste estudo a necessidade da conclusão do estudo metodológico por meio da validação de conteúdo e a realização estudo clínico para melhor aprimoramento científico e aplicação prática desta estratégia educativa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. R. M. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **Rev. Neurocienc.**, v. 20, n. 4, p. 481-482, 2012.
- ANDRADE, L. M. *et al.* The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 35-40, 2009.
- ARAÚJO, A. J. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras.pneumol.**, v. 30, supl. 2, p. S1-S76, ago., 2004.
- ARAÚJO, A. R. C. *et al.* Classificação da dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **CogitareEnferm.**, v.20, n.3, p. 581-588, jul./set., 2015.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral pr seus cuidadores. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 98-105, jan./mar., 2012.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* O perfil representacional dos cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.3, n.3, p. 852-864, 2012.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.4, p.235-238, 2011.
- BARBOSA, M. A. R.*et al.* Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Ver. Bras. Clin. Med.**, n. 7, p. 357-360, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. revista e atual., Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARRETO, A. D. Intravenous thrombolytics for ischemic stroke. **Neurotherapeutics**, v. 8, n. 3, p. 388-99. 2011.
- BETTGER, J. P. *et al.* Contemporary Trends and Predictors of Postacute Service Use and Routine Discharge Home After Stroke. **Journalofthe American Heart Association**,v. 4, n. e001038, 2015.
- BIANCHINI, S. M.; GALVÃO, C. M.; ARCURI, E. A. M. Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 2, n. 9, 2010.
- BONELLI, M. A. *et al.* Acidente vascular cerebral: importância do conhecimento para cuidadores após a alta hospitalar. **CuidArteEnferm.**, v. 8, n. 1, p. 16-23, 2014.

BORGES, J. W. P. *et al.* Hipertensos com complicações cadastrados no Hiperdia de Fortaleza, Ceará: implicações para a assistência de enfermagem. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 5, n. 4, p. 556-565, out./dez., 2013.

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**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 72p.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

_____. **Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm>. Acesso em: 02 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. CNE/CONEP. **Resolução nº 466/2012**. Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012**. Brasília. 2012b; Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html> Acesso em: 05 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério amplia assistência a pacientes com AVC. Brasília**; 2012a. Disponível em: <<http://www.nerj.rj.saude.gov.br/internet/?p=1051>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. 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. 72p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 604 p.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem: Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 4.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v.3, n.1, p. 209-212, 1997.

CASTRO, J. A. B. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Rev. Bras. Clin. Med**, n. 7, p. 171-173, 2009.

CAVALCANTE, T. F. et al. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, 06 telas, jul./ago., 2010.

CAVALCANTE, T. F. et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com Acidente Vascular Encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 45, n. 6, p. 1495-1500, 2011.

CAVALCANTE, T. F.; ARAÚJO, T. L.; OLIVEIRA, A. R. S. Efeitos da sondagem nasogástrica em pacientes com acidente cerebrovascular e disfagia. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 5, p. 825-831, out., 2014.

CHAN, L. et al. Does post acute care site matter? A longitudinal study assessing functional recovery after a stroke. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 94, n. 4, p. 622-629, abr, 2013.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010.

COELHO, F. M. S. AVC e Medicina do Sono - Quando e porque investigar o sono nos pacientes após um Acidente Vascular Cerebral? **NeuroAtual**, v. 4, n. 5, set./out., 2012.

DELATORRE, P. G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revenferm UFPE online**, Recife, v. 7, n. esp, p. 7151-7159, dez., 2013.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.13, n.5, p.754-757, set./out., 2005.

ESCARCEL, B. W.; MULLER, M. R.; RABUSKE, M. Análise do controle postural de pacientes com AVC Isquêmico próximo a alta hospitalar. **Rev. Neurocienc.**, v.18, n.4, p. 498-504, 2010.

FERNANDES, P. T. Aspectos psicossociais do AVC. **Com. Ciência**, Campinas, n.109, 2009.

FLESCHE, L. D.; ARAUJO, T. C. C. F. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 3, p. 157-238, jul/set, 2014.

GAGLIARDI, R. J. Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura? **Rev. Neurocienc.**, v. 18, n. 2, p. 131-132, 2010.

GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GÓES, F. G. B.; LA CAVA, A.M. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n. 4, p. 932-441, 2009.

GORINI, M. I. P. C.; SEVERO, I. M.; SILVA, M. C. F. Análise da produção do conhecimento de enfermagem sobre educação em saúde e envelhecimento. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 1, 2008.

HAFSTEINSDÓTTIR, T. B. *et al.* Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. **Patient Education and Counseling**, v. 85, n. 1, p. 14-25, 2011.

HEDBERG, B.; JOHANSON, M.; CEDERBORG, A. C. Communicating stroke survivors' health and further needs for support in care-planning meetings. **J. Clin. Nurs.**, v. 17, n. 11, p. 1481-1491, jun., 2008.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 102 p.

ISRAEL, N. E. N.; ANDRADE, O. G.; TEIXEIRA, J. J. V.. A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1349-1356, 2011.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. *et al.* Nutrição enteral no domicílio: orientações do enfermeiro e aplicabilidade na ótica do familiar. **Rev. Enferm. UFPE online.**, v. 4, n. 2, p. 699-707, 2010.

LEAL, R. A. S.; XAVIER, A. **Alta hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde. 2015.** 103p. Monografia (Residência em Atenção Integrada Multiprofissional em Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Atenção Integrada Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2015.

LEITE, H. R.; NUNES, A. P. N.; CORREA, C. L.. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na estratégia de saúde da família em Diamantina, MG. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo v. 16, n. 1, p. 34-39, mar., 2009.

LEOPARDI, T. M. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006. 396 p.

LIMA, C. M. G. *et al.* Características epidemiológicas e clínicas dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. **J. Health Sci. Inst.**, v.33, n.1, p.45-49, 2015.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro v.17, n.2, p. 273-297, 2009.

MANIVA, S. J. C. F. *et al.* Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 362-368, 2013.

MANIVA, S. J. C. F.; FREITAS, C. H. A. Uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico agudo: o que sabem os enfermeiros? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 474-481, maio/jun, 2012.

MARQUES, L. F. G. *et al.* Orientação para alta hospitalar **Rev. Pesq. Inov. Farm.**, v. 3, n. 1, p. 36-42, 2011.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 401-420, 2014.

MARRONE, L. C. P *et al.* Cardioembolic sources in stroke in patients in South of Brazil. **Trombosis.**, v. 2014, p. 753-780, 2014.

MELLO, A. I. S. **Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade**. 2013. 203f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez., 2008.

MENDONÇA, L. B. A. *et al.* Estudo descritivo dos fatores de risco para hipertensão arterial entre vítimas de acidente vascular encefálico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 3, 2011.

MENDONÇA, L. B. A.; LIMA, F. E. T.; OLIVEIRA, S. K. P. Acidente Vascular Encefálico como complicação da Hipertensão Arterial. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 340-346, abr./jun., 2012.

MORAIS, H. C. C. *et al.* Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n.2, p.117-124, jun., 2012.

MORO, A. *et al.* Perfil dos pacientes acometidos com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico hospitalizados no Hospital Governador Celso Ramos. **Arq.Catarin. Med.**, v.42, n.1, p. 63-67, jan./mar., 2013.

MORO, C. H. C. *et al.* **Programa de aperfeiçoamento continuado no tratamento do acidente vascular cerebral– PACTO AVC**. 2 ed. 2009. 120p. Disponível em: <<http://www.pactoavc.com.br>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Stroke: National Clinical Guideline for Diagnosis and Initial Management of Acute Stroke and Transient Ischemic Attack (TIA)**. London: Royal CollageofPhisicians; 2008.

NOGUEIRA, L. G. F.; NÓBREGA, M. M. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 1, p. 54-60, 2015.

OLIVEIRA, A. R. S. *et al.* Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 5, p. 1147-1153, 2013.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* O processo de trabalho e a clínica na Enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521-526, out./dez., 2009.

PAIVA, R. S.; VALADARES, G. V.; PONTES, J. S.. The need to become family caregivers: Grounded Theory. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 11, n. 3, supl 1, p. 607-620, nov., 2012.

PIASSAROLLI, C. A. P. *et al.* Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. **Rev. Neurocienc.**, v. 20, n. 1, p. 128-137, 2012.

PINHEIRO, A. K. B. Enfermagem e práticas de educação em saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 225, abr./jun., 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

RANGEL, E. S. S; BELASCO, A. G. S; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul. Enferm.**, v.26, n.2, p. 205-212, 2013.

REIS, A. M. F.; COBUCCI, R. A. S. Preparo para a alta hospitalar do usuário acometido por Acidente Vascular Encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 4, n. 1, jul./ago., 2011.

RIGON, A. G.; NEVES, E.T. educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 812-817, out./dez., 2011.

RODRIGUES, E. S. R. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Amazônia.**, v.1, n.2, p. 21-28, 2013.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital to the home. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. spec, p. 216-224, 2013.

ROECKER, S. *et al.* Family experience and adaptation to stroke and role of an assistance project. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 34, n. esp, p. 277-285, 2012.

ROLIM, C. L. R. C.; MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2106-2116, nov., 2011.

SANTOS, A. G.; COSTA NETO, A. M. Atendimento da equipe de saúde a pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

SANTOS, F. L. S. G. *et al.* Acidente vascular cerebral: o conhecimento dos enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p. 58-61, 2012.

SCALZO, P. L. *et al.* Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Rev. Neurocienc.**, v.18, n. 2, p. 139-144, 2010.

SCHEFFEL, R. S. *et al.* Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 3, p. 263-267, 2004.

SCHWONKE, C. R. G. B. *et al.* Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 189-192, fev., 2011.

SILVA, L. D. *et al.* O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 2, n. 2, p. 412-419, maio/ago., 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLAGIA. **Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia**. Arq. Bras. Cardiol., v. 101, n. 3 supl. 3, p. 1-93, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol., v. 107, n. 3 supl. 3, p. 1-83, 2016.

SOUZA, I. C. *et al.* Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 164-172, jan./mar., 2014.

SOUZA, N. P. G.; MANIVA, S. J. C. F.; FREITAS, C. H. A. O conhecimento de acompanhantes/cuidadores de vitimados por acidente vascular cerebral no contexto hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 101-105, jan./mar., 2013.

SPENCER, J. D.; BARNETT, H. J. M. **Acidente Vascular Cerebral: prevenção, tratamento e reabilitação**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

STEGMAYR, B., ASPLUND, K. Diabetes as a risk factor for stroke. A population perspective. **Diabetologia**, v. 38, n. 9, p.1061-1068, 1995.

TALARICO, T. R.; VENEGAS, M. J.; ORTIZ, K. Z. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. **Rev. CEFAC**, v.13, n.2, p. 330-339, mar./abr., 2011.

TEIXEIRA, J. P. D. S.; RODRIGUES, M. C. S.; MACHADO, V. B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 186-196, jun, 2012.

TELES, M. S., GUSMÃO, C. Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. **Rev. Neurocienc.**, v. 20, n. 1, p. 42-49, 2012.

TRICHES, C. *et al*. Complicações macrovasculares do diabetes mellito: peculiaridades clínicas, de diagnóstico e manejo. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 53, n. 6, 2009.

VIANNA, M. C.; NAPOLEÃO, A. A. reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. **Cienc. Cuid. Saude**, v.8, n. 2, p. 269-273, abr-jun, 2009.

VIEIRA, C. P. B. *et al* . Idosos com acidente vascular encefálico isquêmico: caracterização sociodemográfica e funcional. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 522-530, 2012.

WORLD Health Organization (WHO). **Data Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Switzerland: WHO. 2014. 302 p.

WORLD Health Organization (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006-2007**. Geneva. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/World Health>> Acesso em: 12 fev. 2017.

APÊNDICES



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde - SESA



APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, de forma voluntária, da pesquisa intitulada: “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE DIRETRIZES PARA A ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO”, que está sob a responsabilidade do pesquisador: Luara Abreu Vieira e tem como objetivo: construir e validar orientações para a alta hospitalar de enfermagem de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) de acordo com as suas necessidades.

Para isso precisamos que o senhor (a), responda algumas perguntas contidas no nosso questionário, que serão gravadas, para a identificação das suas principais necessidades. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Esta pesquisa poderá trazer riscos, talvez desconforto emocional, desinteresse ou constrangimento na identificação das necessidades, podendo o Sr. (a) interromper o procedimento se assim desejar. Acredita-se que os participantes serão beneficiados com o desenvolvimento de orientações que ajude nas orientações após a alta hospitalar, diminuindo as dúvidas, inseguranças e na melhoria dos cuidados prestados na sua residência de acordo com as suas necessidades após o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A sua participação é de caráter **voluntário**, isto é, a qualquer momento o (a) Sr. (a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, entrando em contato com a responsável pela pesquisa pelo telefone (85) 9881640.29. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é formado de um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humanos. O CEP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa e também, dos pesquisadores. Qualquer dúvida ética o Sr. (Sra.) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, fone: 3101 7078. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, no qual o Sr. (Sra.) terá uma via e não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.



Fortaleza, ____ de ____ de ____

Participante da pesquisa:

Pesquisador responsável pela coleta dos dados

Rubrica:

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DATA: ____/____/____

Nº ____

1. Idade:
2. Sexo: 1() Masculino 2() Feminino
3. Cor: 1 () Branco 2() Mulato 3() Pardo 4() Negro
4. Estado Civil: 1() Casado 2() Solteiro 3 () Divorciado
5. Possui filhos? 1 () Sim 2() Não
Se sim, quantos?
6. Anos de estudos:
7. Profissão:
8. Trabalha no momento? 1() Sim 2() Não 3 () Aposentado
Se sim, em que?
9. Renda familiar: R\$
10. Quantas pessoas residem no domicílio?
11. Religião: 1() Católico 2() Não católico
12. Data de admissão no hospital: ____/____/____
13. Data de admissão na unidade: ____/____/____

Codificação
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.

História clínica pregressa e atual

14. Possui Hipertensão Arterial? 1() Sim 2() Não
- 14.1 Se sim, há quanto tempo?
- 14.2 Medicamentos em uso:
 - 1 () inibidores da ECA 2 () bloqueadores AT1
 - 3 () diuréticos 4() beta bloqueadores
 - 5 () vasodilatadores diretos
15. Possui Diabetes Mellitus? 1() Sim 2() Não
- 15.1 Se sim, há quanto tempo?
- 15.2 Medicamentos em uso:
 - 1 () biguanidas 2 () sulfanilureias 3 () insulina
- 16 História de doença pregressa:
 - 1 () Sim 2 () Não

14.
14.1
14.2
15.
15.1
15.2
16.

16.1	Se sim, qual e há quanto tempo?	16.1
	1 () Cardiopatia 2() Nefropatia 3() Pneumopatia	16.2
	4 () DLP 5 () Outras: _____	
16.2	Medicações em uso:	
17.	AVE prévio? 1 () Sim 2 () Não	17.
17.1	Se sim, há quanto tempo?	17.1
17.2	Quantas vezes?	17.2
18.	AIT prévio? 1() Sim 2() Não	18.
18.1	Se sim, há quanto tempo?	18.1
18.2	Quantas vezes?	18.2
19.	Faz uso de medicamentos em casa? 1() Sim 2() Não	19.
19.1	Se sim, quais?	19.1
20.	Histórico familiar de: 1() HAS 2() DM 3() Cardiopatia 4() Nefropatia 5() Pneumopatia	20.
21.	O que o (a) senhor (a) sentiu? 1() alteração na fala 2 () alteração na força 3 () alteração na sensibilidade 4 () cefaleia 5 () tontura	21.
22.	Fuma? 1() Sim 2() Ex-tabagista 3() Não	22.
22.1	Se sim, há quanto tempo?	22.1
22.2	Parou há quanto tempo?	22.2
23.	Bebe? 1() Sim 2() Ex-etilista 3() Não	23.
	Se sim, há quanto tempo?	23.1
	Parou há quanto tempo?	23.2
24.	Anticoncepcional oral ou injetável? 1() Sim 2() Não 3() Não se aplica	24.
25.	Concilia sono e repouso? 1() Sim 2() Não	25.
26.	Pratica atividade física? 1() Sim 2() Não	26.
26.1	Se sim, qual?	26.1
26.2	Qual frequência?	26.2
27.	Como se alimenta?	27.

Exame Físico

Necessidades Psicobiológicas

	Codificação
28. Sistema Neurológico: 1() Sonolência 2() Orientação 3() Confuso 4() Agressividade 5() Agitação	28.
30. Oxigenação: 30.1 Suporte respiratório? 1() Sim 2() Não 1.1 () CN 1.2 () MV 30.2 2() Tosse 3() Expectoração	30. 30.1 30.2
31. Nutrição/Hidratação: 1() Dieta via oral 1.1 () Líquida completa 1.2 () Espessada mousse 1.3 () Pastosa 1.4 () Branda 2() Uso de sondas 2.1 () Total 2.2 () Desmame 3() Mudança no padrão alimentar 4() Gastrostomia/Jejunostomia	31.
32. Eliminação vesical: 1() Uso de fraldas por incontinência/urgência 2() Uso de fraldas por dificuldade na deambulação 3() Uso de sondas vesicais 4() Solicita aparadeira/papagaio 5() Vai ao banheiro	32
33. Eliminação intestinal: 1() Uso de fraldas por incontinência/urgência 2() Uso de fraldas por dificuldade na deambulação 3() Uso de laxativos 4() Vai ao banheiro	33.
34. Mobilidade física/Locomoção: 1() Acamado 2() Sentado 3() Alteração na força 4() Dificuldade de deambulação	34.
35. Linguagem:	35.

- 1() Afasia 2() Disartria 3() Sem alterações
36. Percepção dos sentidos:
- 1() Alteração olfatória 2() Alteração visual
- 3() Alteração auditiva 4() Alteração da sensibilidade
- 5() Sem alterações
37. Integridade física:
- 1() Úlceras por pressão 2() Prurido
- 3() Equimoses 4() Uso de curativos
- 5() Preservada
38. Sono e repouso:
- 1() Insônia 2() Perturbado 3() Preservado
39. Cuidado Corporal:
- 1() Dependência total 2() Dependência parcial
- 3() Independência

Necessidades Psicossociais

40. Comunicação:
- 1() Preservada 2() Prejudicada
41. Autoestima:
- 1() Preservada
- 2() Prejudicada
42. Sociabilidade:
- 1() Integração social
- 2() Isolamento Social
43. Segurança emocional:
- 1() Medo 2() Ansiedade
- 3() Pânico 4() Labilidade emocional
- 5() Preservada

Necessidades Psicoespirituais

44. Religiosidade
- 1() Preservada
- 2() Prejudicada
- 3() Necessitando de apoio religioso

36.
37.
38.
39.
41.
41.
42.
43.
44.

45. Questões norteadoras: O que o (a) senhor (a) entende por alta hospitalar? Quais os cuidados considerados difíceis nesta internação para continuar em casa? Quais as suas preocupações do cuidado no domicílio com relação a sequelas do AVE? Quais as suas dúvidas quanto aos cuidados necessários após a alta? O (a) senhor recebeu informações sobre os cuidados no domicílio após alta hospitalar e por qual profissional?

46. Questões adicionais a serem utilizadas em decorrência da resposta à questão norteadora.

- O (a) senhor (a) recebeu orientações sobre a alta hospitalar nesta internação? Se sim, quais foram e quem o (a) orientou?
- Para o (a) senhor (a), o que será mais complicado para continuar em casa?
- Quem poderá lhe ajudar com os cuidados na sua residência?
- O (a) senhor (a) recebeu orientações sobre medicações para uso domiciliar e retorno aos serviços de saúde?

Se, na presença de AVE anterior, perguntar:

- O (a) senhor (a) considerou mais difícil de lidar quando voltou para casa na outra vez que teve um AVE?
- Quem lhe ajudava na sua residência com os cuidados após a alta?
- Algum profissional orientou sobre os cuidados em casa no outro episódio? Se sim, quais foram e quem o (a) orientou?
- Quais as dificuldades geradas na continuidade dos cuidados em outros serviços de saúde?

ANEXOS

ANEXO A- PARECER COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE DIRETRIZES DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pesquisador: LUARA ABREU VIEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57468516.9.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.634.724

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que se organiza em duas etapas, as quais serão realizadas complementarmente: a primeira como um estudo descritivo e o segundo um estudo metodológico. No primeiro será feito o levantamento das necessidades humanas básicas e expectativas com relação aos cuidados domiciliares nos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE); e, a segunda, um estudo metodológico com a construção e validação de diretrizes que orientem a alta hospitalar de enfermagem para nortear a continuidade dos cuidados a esses pacientes com base nas necessidades identificadas. Os estudos descritivos visam entender melhor os fenômenos que se deseja estudar, bem como a sua importância para a população investigada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Construir e validar o conteúdo de diretrizes para a alta hospitalar de enfermagem de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico.

Objetivo específico: Identificar as necessidades humanas básicas dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

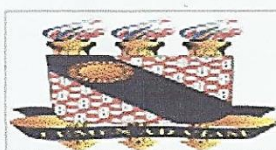
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.634.724

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes serão expostos a mínimos riscos. Poderá ocorrer desconforto emocional, desinteresse ou constrangimento durante o exame físico, porém se tal fato ocorrer, a pesquisadora deixará o (a) senhor (a) à vontade para interromper e se recompor, e se desejar reiniciar a conversa com a pesquisadora em outro momento, orientando-o e respeitando-se os princípios estabelecidos pela Resolução 466/2012. Quanto aos juízes, poderão sentir-se constrangidos em responder a algum questionamento ou responder via e-mail o instrumento. Para minimizar isto, poderão receber de maneira impressa por correspondência convencional e terão a liberdade de avaliá-lo onde lhe for mais conveniente.

Acredita-se que os participantes serão beneficiados com o desenvolvimento de diretrizes que ajudarão nas orientações para a alta hospitalar, diminuindo as dúvidas, inseguranças e na melhoria dos cuidados prestados nos domicílios de acordo com as suas necessidades humanas básicas após o Acidente Vascular Encefálico dos pacientes e seus cuidadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O sistema de saúde poderá ser beneficiado com este estudo em virtude da importância das orientações que buscam a continuidade dos cuidados no domicílio, a fim de promover a redução de custos e reinternações promovidas por complicações decorrentes do acometimento ou aparecimento de novos déficits neurológicos. Além disso, permitirá um melhor acompanhamento das necessidades do paciente pelos enfermeiros nos demais níveis de atenção a saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão de acordo com as normas do CEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	30/06/2016		Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

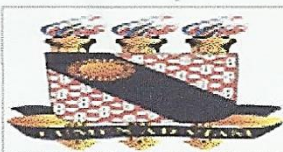
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.634.72ª

Básicas do Projeto	ETO_731849.pdf	10:55:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/06/2016 10:53:01	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto.docx	30/06/2016 10:52:37	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaRosto.pdf	06/06/2016 23:46:54	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinst.pdf	06/06/2016 23:46:07	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	06/06/2016 23:44:43	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/06/2016 23:42:20	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 13 de Julho de 2016

Assinado por:
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
(Coordenador)



Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br

**ANEXO B - PARECER COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

**HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE DIRETRIZES DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pesquisador: LUARA ABREU VIEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57468516.9.3001.5040

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.829.054

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo e metodológico que será realizado em uma instituição hospitalar, pertencente à Secretaria Executiva Regional II (SER II), localizado no município de Fortaleza, Estado do Ceará, que se caracteriza pela Atenção Terciária de Saúde, referência em procedimentos de alta complexidade e atendimento emergencial em relação ao Acidente Vascular Encefálico (AVE). Para a primeira parte do estudo a população que integrará a pesquisa será composta por pacientes e/ou cuidadores acometidos por AVE e que estejam internados na unidade de AVC deste hospital. Para o

cálculo da amostra dos pacientes e/ou cuidadores, considerando-se em média 65 pacientes internados ao mês, no período de três meses para coleta de dados, a amostra será de 195 pacientes. Para a segunda parte do estudo a população será formada por juízes com experiência na área de neurologia, em específico de AVE, e na preparação/validação de instrumentos. Serão 15 juízes, dos quais: nove juízes de conteúdo, dos quais seis enfermeiros e um revisor da língua portuguesa; oito juízes técnicos, todos enfermeiros. Para a seleção dos juízes de conteúdo, na área de pesquisadores/docentes na temática em estudo e validação de instrumentos, realizar-se-á a seleção pela Plataforma Lattes. E, após a busca na Plataforma Lattes, será aplicado um instrumento elaborado pela autora para a caracterização dos juízes. Para compor a amostra dos juízes técnicos,

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.829.054

os profissionais devem possuir experiência comprovada na área de interesse do estudo e assistência ao paciente vítima de AVE há no mínimo 3 anos. A coleta de dados referente a primeira etapa do estudo será desenvolvida com pacientes por meio de uma entrevista semiestruturada, gravada com a anuência da participante, que utilizando um roteiro de perguntas elaborado pela autora que abordará dados sociodemográficos, história pregressa e atual de saúde, principais Necessidades Humanas Básicas (NHBs) identificadas em exame físico e as questões norteadoras e adicionais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir e validar o conteúdo de diretrizes para a alta hospitalar de enfermagem de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico.

Objetivo Secundário:

Identificar as necessidades humanas básicas dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Poderá ocorrer desconforto emocional, desinteresse ou constrangimento durante o exame físico, porém se tal fato ocorrer, a pesquisadora deixará o (a) senhor (a) à vontade para interromper e se recompor, e se desejar reiniciar a conversa com a pesquisadora em outro momento, orientando-o e respeitando-se os princípios estabelecidos pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Quanto aos juízes, poderão sentir-se constrangidos em responder a algum questionamento ou responder via email o instrumento. Para minimizar isto, poderão receber de maneira impressa por correspondência convencional e terão a liberdade de avaliá-lo onde lhe for mais conveniente.

Benefícios: Acredita-se que os participantes serão beneficiados com o desenvolvimento de diretrizes que ajudarão nas orientações para a alta hospitalar, diminuindo as dúvidas, inseguranças e na melhoria dos cuidados prestados nos domicílios de acordo com as suas necessidades humanas básicas após o Acidente Vascular Encefálico dos pacientes e seus cuidadores. Além disso, permitirá que demais profissionais possam colaborar com o aperfeiçoamento deste material.

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.829.054

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e factível. Projeto bem escrito, objetivo e claro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexou todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Encaminhar ao CEP o resultado final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado sem pendências e inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_731849.pdf	30/06/2016 10:55:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/06/2016 10:53:01	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto.docx	30/06/2016 10:52:37	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_731849.pdf	06/06/2016 23:49:21		Aceito
Folha de Rosto	folhaRosto.pdf	06/06/2016 23:46:54	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinst.pdf	06/06/2016 23:46:07	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	06/06/2016 23:44:43	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/06/2016 23:42:20	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto.docx	06/06/2016 23:40:54	LUARA ABREU VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.829.054

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 22 de Novembro de 2016

Marcia Caminha de Lima

Assinado por:

Marcia Caminha de Lima
(Coordenador)

MÁRCIA CAMINHA DE LIMA
CREPITO 6029-F
FISIOTERAPIA

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br